

**Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion
in der physiotherapeutischen
Berufsentstehung**

Sibille Riechardt

Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion in der physiotherapeutischen Berufsentstehung

D I P L O M A R B E I T

zur Erlangung des Grades einer

Diplommedizinpädagogin

CHARITÉ – UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT / FREIE UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Studiengang Medizinpädagogik/Pflegepädagogik

eingereicht von Sibille Riechartd
sibille.riechartd@gmx.de

Betreuer: Dr. Gerd Bansemir

Zweitgutachterin: M.A. Nicole Bayer

Copyright Sibille Riechartd

Berlin, den 29. Februar 2008

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | <u>EINLEITUNG</u> | 5 |
| 1.1 | THEMENBEGRÜNDUNG | 5 |
| 1.2 | FRAUENBERUF PHYSIOTHERAPIE | 6 |
| 1.3 | FRAGESTELLUNG UND VORGEHEN | 8 |
| 2 | <u>DIE BERUFSENTSTEHUNG DER PHYSIOTHERAPIE</u> | 10 |
| 2.1 | FORSCHUNGSSTAND | 10 |
| 2.2 | DIE BERUFSENTSTEHUNG DER HEILGYMNASTIK | 11 |
| 2.2.1 | DIE HEILGYMNASTIK IN DER ERSTEN HÄLFTE DES 19. JAHRHUNDERTS | 11 |
| 2.2.2 | DIE HEILGYMNASTIK IN DER ZWEITEN HÄLFTE DES 19. JAHRHUNDERTS | 15 |
| 2.2.3 | ARBEITSTEILUNG ZWISCHEN ÄRZTEN UND HEILGYMNASTINNEN | 18 |
| 2.2.4 | DIE HEILGYMNASTIK IM ERSTEN DRITTEL DES 20. JAHRHUNDERT | 23 |
| 2.3 | BERUFSTÄTIGKEIT BÜRGERLICHER FRAUEN IM 19. JAHRHUNDERT | 27 |
| 2.4 | GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ARBEITSTEILUNG IM MEDIZINISCHEN BEREICH | 29 |
| 2.5 | ERGEBNISSE | 31 |
| 3 | <u>BERUFSROLLEN UND GESCHLECHTERROLLEN IN DER PHYSIOTHERAPEUTISCHEN BERUFSENTSTEHUNG</u> | 32 |
| 3.1 | FRAGESTELLUNG | 32 |
| 3.2 | VORGEHEN | 33 |
| 3.3 | GESCHLECHTERKONSTRUKTION IM 19. JAHRHUNDERT | 34 |
| 3.4 | ERGEBNISSE | 36 |
| 3.4.1 | NEUMANN, AC. (1856): LEHRBUCH DER LEIBESÜBUNGEN DES MENSCHEN IN BEZUG AUF HEILORGANIK, TURNEN UND DIÄTETIK | 36 |
| 3.4.2 | EWER, L. (1892): CURSUS DER MASSAGE MIT EINSCHLUß DER HEILGYMNASTIK | 38 |
| 3.4.3 | HERZ, M. (1903): LEHRBUCH DER HEILGYMNASTIK IN VORLESUNGEN | 38 |
| 3.4.4 | LUBINUS, JH. (1917): LEHRBUCH DER MEDICINISCHEN GYMNASTIK | 38 |
| 3.4.5 | DEBRUNNER, H. (1919): LEHRBUCH FÜR ORTHOPÄDISCHE HILFSARBEITERINNEN | 39 |
| 3.4.6 | KIRCHBERG F. (1926): HANDBUCH DER MASSAGE UND HEILGYMNASTIK | 41 |
| 3.4.7 | BERUFSKUNDLICHE BLÄTTER | 42 |
| 3.4.8 | ZUSAMMENFASSUNG DER VERWENDETEN BEGRIFFE | 43 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 3.5 | INTERPRETATION DER ERGEBNISSE | 44 |
| 4 | <u>DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN</u> | 46 |
| 5 | <u>LITERATURVERZEICHNIS</u> | 48 |

Abstract

Die Diplomarbeit beschreibt die physiotherapeutische Berufsentstehung in Deutschland für den Zeitraum von 1800 bis 1930. Es wird die Frage nach dem Zeitpunkt, zu dem die Heilgymnastik ein Frauenberuf wurde, gestellt. Außerdem wird die Frage nach der Verknüpfung von heilgymnastischer Berufsrolle und weiblicher Geschlechterrolle bearbeitet. Ziel der Arbeit ist es, durch neu gewonnene Erkenntnisse über die Berufsgeschichte die hemmende Wirkung von deren Altlasten in Hinblick auf eine Professionalisierung bewusst zu machen. Die Arbeit richtet sich an physiotherapeutische Auszubildende, Lehrkräfte sowie berufspolitisch engagierte PhysiotherapeutInnen. Die Ausführungen basieren auf einem Review der aktuellen Fachliteratur sowie auf einer Inhaltsanalyse von heilgymnastischen Lehrbüchern und berufskundlichen Schriften aus dem Zeitraum von 1850 bis 1930. Die Autorin bezieht sich im Wesentlichen auf die Ausführungen von Grosch, Hüter-Becker und Kreck zur Geschichte der Physiotherapie. Für den Vergleich von Berufsrolle und Geschlechterrolle wird die Arbeit von Hausen über die Polarisierung der Geschlechtercharaktere herangezogen.

Die Heilgymnastik wurde Anfang des 20. Jahrhunderts zum Frauenberuf, da die erste staatlich anerkannte Schule die Ausbildung nur für Frauen anbot. Im 19. Jahrhundert hatten sowohl Männer als auch Frauen die Heilgymnastik ausgeübt. Die Entwicklung zum Frauenberuf fand im Kontext einer allgemeinen Öffnung der Berufstätigkeit für bürgerliche Frauen statt. Im 19. Jahrhundert bestand keine spezifische Verknüpfung zwischen heilgymnastischer Berufsrolle und weiblicher Geschlechterrolle. Dies änderte sich Anfang des 20. Jahrhundert. Die heilgymnastische Berufsrolle wird mit starker Bezugnahme auf die bereits bestehenden Geschlechtercharaktere konstruiert, wobei sich die männlichen Zuschreibungen auf den Arzt beziehen, die weiblichen hingegen auf die Heilgymnastin. Je nach Quelle ist die Verknüpfung zwischen Berufsrolle und weiblicher Geschlechterrolle sehr stark oder die einseitige Zuweisung wird durch Einbeziehung von sowohl Männlichkeit als auch Weiblichkeit konstruierenden Begriffen durchbrochen

1 Einleitung

1.1 Themenbegründung

Die Physiotherapie befindet sich zurzeit in einem Professionalisierungsprozess. Seit 2001 kann ergänzend zur grundständigen Ausbildung nach dem Berufsausbildungsgesetz von 1994 ein Fachhochschulstudium absolviert werden. Durch die Akademisierung ist eine wichtige Voraussetzung zur wissenschaftlichen Systematisierung des Wissens geschaffen. Ebenso ist im Laufe des 20. Jahrhunderts eine fachliche Autonomie bei der Entwicklung neuer Untersuchungs- und Behandlungstechniken erarbeitet worden. Die Ursprünge der Physiotherapie als einer den Ärzten angegliederten und untergeordneten handwerklichen Semiprofession sind jedoch noch nicht ganz überwunden. Die Physiotherapie ist immer noch weisungsgebunden gegenüber der Ärzteschaft. Patienten dürfen nur auf Verordnung durch einen Arzt behandelt werden. Dieser entscheidet über Ziel, Methode, Dauer und Häufigkeit der Behandlung. Die Forderung nach Handlungsautonomie gegenüber der Ärzteschaft ist der nächste Schritt auf dem Weg zu einer Profession „Physiotherapie“ (Hüter-Becker 2004b, 42-43).

Eine stabile Verortung der Professionsmitglieder in ihrem Relevanzsystem ist wichtig für das Gelingen des Professionalisierungsprozesses. Eine empirische Untersuchung bei Studierenden der Physiotherapie von Schämnn zeigte, dass eine Orientierung an der Medizin die Selbstfindung erschwert. Ein positives Selbstbild als PhysiotherapeutInnen, eine stabile Identität sowie die Fähigkeit, die eigene Tätigkeit zu definieren sind nicht ausreichend vorhanden. Schämnn bezweifelt, dass die Professionalisierung gelingt, solange die eigene Identität im biomedizinischen Modell gesucht wird (Schämnn 2005, 477).

Vor dem Hintergrund des Professionalisierungsprozesses innerhalb der Physiotherapie richtet diese Arbeit den wissenschaftlichen Blick auf die physiotherapeutische Berufsgenese. Weshalb wurde die Physiotherapie in Deutschland zur Semiprofession? Die Kenntnis der Berufsgeschichte bildet eine wichtige Basis für das berufliche Selbstverständnis, die Berufsrolle und die Professionalisierung. Die Entwicklungen des Berufes in der Vergangenheit zu kennen, befähigt den gegenwärtigen Stand besser zu

begreifen und seine Bedingtheit sowie Veränderbarkeit zu sehen. So ist es z.B. wenigen bekannt, dass die derzeitige Tendenz innerhalb der Physiotherapie zu gerätebasierter Behandlung nicht neu ist. Eine ähnliche Entwicklung gab es in der Zeit von 1880 bis 1930 durch die so genannten Zanderapparaten. Die „medico-mechanische Therapie“ verschwand damals wieder wie von selbst, wohl weil sie zu einer Weiterentwicklungen der Physiotherapie im 20. Jh. wenig beitragen konnte (Kreck 1990).

Geschlecht als wirklichkeitsstrukturierende Kategorie bei der Betrachtung der Geschichte der Physiotherapie mit einzubeziehen, ist unverzichtbar. Früher wie heute ist das Ziel einer geschlechteregalitären Gesellschaft nicht erreicht. „Die meisten Forderungen aus dem Gleichheitsdiskurs scheinen erfüllt, der gesellschaftliche Einfluss von Frauen hat sich aber keineswegs verbessert.“ (Gieseke 2001, 94). „Die Hierarchisierung und die gesellschaftlich den Frauen nicht zugestandene Definitionsmacht sind in den Köpfen fester verankert, als von Frauen wie von Männern eingestanden wird.“ (Gieseke 2001, 92).

Dass die alten Geschlechterstereotypen der bescheiden dienenden Frau und des selbstbewusst nach außen tretenden Mannes immer noch wirksam sind, zeigt sich im Bereich der Physiotherapie auch darin, dass führende Positionen des Berufes, wie die Leitung von Schulen oder Funktionen im Berufsverband, überproportional häufig von Männern besetzt sind. 2001 wurde nur einer der fünf Vorstandsposten im ZVK – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V. von einer Frau eingenommen (Hüter-Becker 2001, 7).

Das Bewusstsein für die gesellschaftlich bedingten Geschlechterunterschiede bezüglich der gesellschaftlichen Teilhabe ist bei den Auszubildenden der Gesundheitsfachberufe, entsprechend der allgemeinen gesellschaftlichen Situation, wenig vorhanden. Hier liegt ein Defizit, dem es zu begegnen gilt. In der geschlechtersensiblen Behandlung der Berufsgeschichte während der Ausbildung liegt die Möglichkeit, eine Basis zu schaffen für die Weiterentwicklung des Berufsstatus und der Physiotherapeutinnen zu mehr Selbstsicherheit und Handlungsautonomie.

1.2 Frauenberuf Physiotherapie

Im 19. Jahrhundert war „Heilgymnastik“ die übliche Bezeichnung für therapeutisch angewandte Bewegung. Sie wurde gelegentlich noch bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts

benutzt. Anfang des 20. Jahrhundert setzte sich jedoch die Bezeichnung „Krankengymnastik“ durch, ausgehend von der Eröffnung der Sächsischen Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage 1919 in Dresden (vgl. 2.2.4). Der Begriff „Physiotherapie“ löste in den 1990er Jahren auf Grund eines veränderten Berufsgesetzes den Begriff „Krankengymnastik“ ab.

Bis in die 1960er Jahre waren die Ausbildungsstätten für Krankengymnastik reine Frauenschulen, obwohl es Bemühungen von ärztlicher Seite gab, den Beruf für Männer interessant zu machen. Boehm, der ärztliche Leiter der Krankengymnastikschule in München äußerte sich 1953:

Weiterhin wäre das Problem der männlichen Krankengymnasten in Deutschland erneut aufzugreifen. Nach meinen Erfahrungen hat der Krankengymnast z.T. außerordentlich gute Erfolge und es ist bedauerlich, dass trotz mehrfacher Versuche, z.B. nach dem letzten Weltkrieg, wie in Schweden, Offiziere für diesen Beruf zu interessieren, nur wenige Krankengymnasten beruflich tätig sind. Die wenigen sind jedoch außerordentlich erfolgreich und bei den Patienten beliebt. Ich hoffe sehr, dass eines Tages auch die Münchener Schule in dieser Hinsicht erweitert wird. (Boehm 1953, 8).

In den 1950er Jahren wurden Männer nur in Ausnahmefällen zur Ausbildung zum Krankengymnasten zugelassen. Herr Dumont, der vorher als Masseur tätig war, berichtet über seine Ausbildung zum Krankengymnasten Ende der 50er Jahre im Gespräch mit Elvira Braun: „zur damaligen Zeit gab es kaum Krankengymnastikschulen, die Männer aufnahmen. ... [ich] wurde so zu einem der ersten Krankengymnasten, die nach dem Krieg ausgebildet wurden.“ (Braun 5).

Für nicht wenige Frauen war die Wahl der krankengymnastischen Ausbildung ein Ersatz für ein nicht realisierbares Medizin- oder Sportstudium. In der DDR waren es häufig politische Gründe, die den Zugang zum Studium verstellten (Braun, Interview 1,2,7). In der BRD waren es eher geschlechtsspezifische Gründe. „... ich wollte eigentlich gerne Medizin studieren – oder Sport. Medizin, das war das Problem dass mein Vater das nicht wollte. Hat er mir immer die Mutter als Beispiel vorgehalten, die ein fertiges Studium hatte und nie gearbeitet hat.“ (Ramsperger 2003, 802). Die krankengymnastische Ausbildung als Ersatz für ein nicht realisierbares Medizinstudium führte dazu, dass mit der Einführung des Numerus Clausus auf das Medizinstudium in den 1970er Jahren verstärkt Männer in die

krankengymnastische Ausbildung kamen (Hüter-Becker 2005, 24). Dennoch stellen Frauen bis heute 90% der PhysiotherapeutInnen.

Die Nachteile der Konstruktion des Berufs als Semiprofession und Frauenberuf für die PhysiotherapeutInnen waren mannigfaltig. Bis in die 1970er Jahre war die Leitung einer Krankengymnastikschule ohne einen ärztlichen Leiter nicht möglich. Krankengymnastinnen konnten ihre Bücher nur als Koautorinnen von Ärzten veröffentlichen. Die Herausgabe von Fachzeitschrift und Lehrbüchern bedurfte der ärztlichen Obhut (Hüter-Becker 2004b, 42). Dies hat sich inzwischen geändert. Jedoch ist die Physiotherapie nach wie vor gegenüber der Schulmedizin weisungsgebunden.

Viele Fragen drängen sich auf: Wie hat die lange Zeit als Frauenberuf die Physiotherapie geprägt? Wie haben die typischen Frauenberufe das Bild von Frauen geprägt? Wirkte sich der geringere gesellschaftliche Status von Frauen als Bremse für die Entwicklung der Physiotherapie aus? War die Abhängigkeit des Berufs von der Ärzteschaft dadurch leichter bei zu behalten?

1.3 Fragestellung und Vorgehen

Ausgehend von der Tatsache, dass die Physiotherapie mit einem Anteil von 90% Frauen als typischer Frauenberuf bezeichnet werden darf, geht diese Arbeit der Frage nach, ob die Physiotherapie schon immer ein Frauenberuf war. Falls diese Frage negativ beantwortet wird, stellt sich die Frage nach dem Zeitpunkt und den Ursachen für die Entwicklung zum Frauenberuf. Die Beantwortung der Frage muss vor dem Hintergrund der historischen Berufsgenese der Heilgymnastik stattfinden. In deren Darstellung in Kapitel 2 sind folgende Fragen leitend: Welche Vorbildung hatten die Personen, die im 19. Jahrhundert die Heilgymnastik ausübten? Welche Möglichkeiten der Berufsausübung bestanden? Wie war das Verhältnis der akademischen Medizin und der Heilgymnastik?

Zur Beantwortung der leitenden Fragestellung ist die Kenntnis der Lebensbedingungen von Frauen zur Zeit der Berufsgenese nötig. In Kapitel 2 wird nach den historischen Hintergründen für die Berufstätigkeit von bürgerlichen Frauen zur Zeit der heilgymnastischen Berufsgenese gefragt sowie nach der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung im medizinischen Bereich. Aufgeworfen durch die historische Situation in

der Krankenpflege wird in Kapitel 3 der Frage nachgegangen, ob bei der Ausprägung der heilgymnastische Berufsrolle auf Geschlechterkonstruktionen Bezug genommen wird.

Als Literaturarbeit wird die Berufsgenese in Hinblick auf die Fragestellung dargestellt. Ergänzende Literatur wird ausgewertet, um die historischen Hintergründe darzustellen. Um eine Aussage über Bezüge zwischen heilgymnastischer Berufsrolle und zeitgenössischer Frauenrolle machen zu können, werden heilgymnastische Lehrbücher aus dem Zeitraum der Entwicklung des Berufs zum Frauenberuf einer Inhaltsanalyse unterzogen.

Die Berufsentstehung der Physiotherapie

1.4 Forschungsstand

Die Geschichte der Physiotherapie wurde bisher von ärztlicher Seite (Grosch, Harff, Kreck, Künzler) und von physiotherapeutischer Seite (Hüter-Becker, Ramsperger, Braun) erforscht. Die Veröffentlichungen finden sich vor allem in physiotherapeutischen Lehrbüchern, physiotherapeutischen Fachzeitschriften und Veröffentlichungen des physiotherapeutischen Berufsverbandes. Eine Monographie zur Darstellung der Geschichte der Physiotherapie gibt es bisher nicht.

In dem Jahrbuch des Orthopädischen Geschichts- und Forschungsmuseums zur Geschichte konservativer Verfahren an den Bewegungsorganen (Rauschmann 2001) nimmt die Physiotherapie einen breiten Raum ein. Als Autoren beteiligten sich Mediziner und Angehörige der Gesundheitsfachberufe. Vier Beiträge behandeln ausgewählte Aspekte der Geschichte der Heilgymnastik.

Hüter-Becker hat sich mit verschiedenen Themen der Geschichte der Physiotherapie befasst. Ihre Veröffentlichungen behandeln die Entwicklung der krankengymnastischen Ausbildung (1986), die Entwicklung krankengymnastischer Techniken und Indikationen (1990) und die Geschichte der Berufspolitik (1999). Als Erste hat sie die Geschichte der Physiotherapie unter feministischen Gesichtspunkten dargestellt (2001, 2004 a, 2004 b).

Von Ramsperger (2003) liegt eine Untersuchung zur Berufsfindung und –ausübung von Krankengymnastinnen vor. Die Basis bilden berufsbiographische Interviews mit Krankengymnastinnen aus drei Generationen. Die vier Befragten der älteren Generation sind aus den Jahrgängen 1916 bis 1931. Der Pflaum-Verlag veröffentlicht Transkripte von Interviews, die Elvira Braun 2000-2002 mit 10 Krankengymnastinnen und zwei Krankengymnasten der Jahrgänge 1923-1943 führte (Braun 1-3).

Daneben gibt es Veröffentlichungen v.a. in Fachzeitschriften, die der Geschichte einzelner Techniken wie der spinalen Manipulation, der Elektrotherapie und der Konzentrativen Entspannung gewidmet sind (Beyerlein 2002; Gernet u.a. 2000; Haarland 2006; Wilda-Kiesel 2003).

Kreck (1987) hat sich eingehend mit der medikomechanischen Therapie des Arztes Zander befasst, einer gerätebasierten Form der Heilgymnastik. Von Harff (1978) und Grosch (1996) liegen Darstellungen der Geschichte der Physiotherapie für krankengymnastische Lehrbücher vor. Von beiden wird diese jedoch hauptsächlich aus ärztlicher Sicht beschrieben. So finden sich unter den 99 namentlich erwähnten Personen in Groschs Text neben 85 Ärzten nur 14 Krankengymnastinnen. Die Definitionsmacht der Geschichtsschreibung lag in dem behandelten Zeitraum bei den Akademikern.

Diese Problematik zeigt sich auch in der vorliegenden Arbeit. Schriftliche Zeugnisse von HeilgymnastInnen aus der Zeit vor 1930, soweit sie existieren, sind bisher in der Bearbeitung der physiotherapeutischen Geschichte nicht mit einbezogen. Hier liegt ein wesentliches Defizit. Um die physiotherapeutische Perspektive stärker in die Darstellung der Geschichte der Physiotherapie einzubringen, ist es wichtig, historische physiotherapeutische Quellen zu erschließen. Man könnte mit Dokumenten der ersten heilgymnastischen Schulen und Berufsverbände beginnen. Viele Fragestellungen sind denkbar: Welche Unterrichtsinhalte wurden vermittelt, welche pädagogischen Konzepte gab es? Wie entwickelten Krankengymnastinnen ein berufliches Selbstverständnis? Wie sah der Berufsalltag aus?

Ein weiterer Ansatzpunkt, um den krankengymnastische Anteil an der Geschichte der Physiotherapie hervorzuheben, ist die Darstellung der Biographien wichtiger Krankengymnastinnen des 20. Jahrhunderts. Sie haben krankengymnastische Techniken entwickelt, Schulen geleitet, sich berufspolitisch engagiert oder an anderer Stelle das Gesicht der deutschen Krankengymnastik im 20. Jahrhundert geprägt.

1.5 Die Berufsentstehung der Heilgymnastik

1.5.1 Die Heilgymnastik in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts

Die turnerischen und gymnastischen Bewegungen des 18. und 19. Jahrhunderts bildete den Boden für die Entstehung der Physiotherapie. Der Schwede Pehr Hendrik Ling stellte die Gymnastik Anfang des 19. Jahrhunderts erstmals explizit in einen medizinisch-therapeutischen Kontext. Er entwickelte ein Bewegungssystem, das die Basis der Heilgymnastik der nächsten 100 Jahren werden sollte. Interessanterweise war er nicht Arzt,

sondern Theologe und Universitätsfechtmeister. In Zusammenhang mit seiner Tätigkeit als Fechtlehrer begann er, sein Gymnastiksystem zu entwickeln:

Er wollte ideale Haltung in einem normalen Spannungszustand der Muskulatur erreichen. Fehlhaltungen sollte man durch eine verstärkte Anspannung der Muskeln, zeitweiliges Verharren darin und Übung isolierter Körperbezirke ausgleichen. Bei Ling überwiegen langsame, (...) häufig eng umgrenzte Einzelbewegungen, hurtige und schwunghafte treten zurück. (Harff 1978, 164).

Eine wichtige Stellung in Lings System hatten Widerstandsübungen, die nur mit Hilfe von Assistenten ausgeführt werden konnten. Ling unterteilte sein System in die pädagogische, die militärische, die ästhetische und die Heilgymnastik. 1813 gründete er in Stockholm ein Gymnastisches Institut, welches 1834 mit öffentlichen Geldern zum Königlichen Gymnastischen Zentralinstitut erweitert wurde. Dieses war weit über die Grenzen Schwedens hinaus bekannt. Ärzte aus ganz Europa reisten nach Stockholm, um vor Ort die schwedische Heilgymnastik kennen zu lernen. Viele Männer und Frauen, darunter auch Deutsche, ließen sich in Stockholm zur/m gymnastischen AssistentIn ausbilden (Grosch 1996, 229-230).

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts kam es in Skandinavien und in Deutschland zu einer Epidemie der Spinalen Kinderlähmung. Diese Situation beschleunigte die Entwicklung der Heilgymnastik. Der Orthopäde Werner eröffnete eine „Gymnastische Akademie“ in Dessau und veröffentlichte 1838 sein Buch „Medizinische Gymnastik“. Jacob von Heine führte in Cannstadt eine ähnliche Einrichtung (Künzler 1949, 10).

In Berlin gab es mehrere solcher Einrichtungen. Nach Blömer 1823 eröffnete auch der schwedische Musiker und Komponist Berwald 1835 ein medizinisch-gymnastisches Institut. Interessant ist sein beruflicher Werdegang als Gymnast. Nach einer Hospitation im Stockholmer Zentralinstitut für Gymnastik bei Ling entwickelte er auf der Basis von Eigenbeobachtungen, Fachliteraturstudium und Versuchen eine eigene heilgymnastische Behandlungsmethode, die hauptsächlich aktiv an orthopädischen Apparaten ausgeführt wurde. Diese Apparate waren von ihm selber entwickelt worden und dienten vorrangig zur Behandlung von Skoliosen und Haltungsschwächen. Die Bezeichnung seiner Tätigkeit als „orthopädischer Krankengymnast“ ist bekannt aus der Genehmigung der Ordnungspolizei, die er benötigte, um als Ausländer ein Institut eröffnen zu können. In der schriftlichen Kommunikation mit Behörden erwähnte er immer wieder, dass er unter ärztlicher Aufsicht arbeite. Sein Institut wurde bald sehr erfolgreich. 1837 übernahmen einige Berliner Ärzte

die Oberaufsicht über das Institut und stellten der Behandlungsmethode ein positives Zertifikat aus (Haeusermann 2001, 5-10).

Das von dem Arzt Berend 1840 eröffnete „Gymnastisch-orthopädische Institut“ gehörte in der Mitte des 19. Jahrhunderts zu den größten Heilanstalten Berlins. Hier wurden pro Jahr durchschnittlich 130, überwiegend weibliche PatientInnen, auch stationär, behandelt. Brinkschulte beschreibt ausführlich die räumliche und personelle Ausstattung der Einrichtung. Es werden eine Oberschwester, KrankenpflegerInnen sowie Sprach- und MusiklehrerInnen erwähnt. Die orthopädische Heilgymnastik war ein fester Bestandteil von Berends therapeutischem Konzept. Von GymnastInnen ist jedoch nicht die Rede. Indirekt kann der Schluss gezogen werden, dass Berend die Heilgymnastik selber ausführte. In der Darstellung einer Krankengeschichte berichtet Berend: „Die von mir ein Jahr lang durchgeführte Heilgymnastik brachte nur einen Stillstand, keineswegs aber eine Beseitigung der Atrophie hervor.“ (Berend HW 1859, Neunter Bericht über das gymnastisch-orthopädische Institut zu Berlin. Gustav Hempel, Berlin; zitiert nach Brinkschulte 2001, 25).

Der größte gymnastische Kursaal Europas Mitte des 19. Jahrhunderts befand sich in St. Petersburg. Dort wurden neben vier Ärzten acht männliche und sechs weibliche GymnastInnen beschäftigt (Neumann 1852, 7-8).

Der Arzt Neumann hatte 1847 die schwedische Heilgymnastik in Stockholm studiert. Er reiste zwei Jahre im Auftrag des preußischen Ministeriums für Medizinalangelegenheiten nach Stockholm, London und St. Petersburg und veröffentlichte anschließend einen ausführlichen Bericht über die Heilgymnastik. 1853 eröffnete er in Berlin einen „Kursaal für schwedische Heilgymnastik“, der bald gut besucht war. Auch um immer selber eine genügende Anzahl von Hilfskräften zu haben, verband er mit seinem Institut eine Gymnastikschule für Männer und eine für Frauen. Der Name der ersten von Neumann ausgebildeten Gymnastin ist uns überliefert: Fräulein von Merz-Quirnheim. Sie war 1858 als gymnastische Assistentin bei Dr. Max Knorr tätig und ab 1861 in der schwedisch-heilgymnastischen Anstalt von Dr. Schlosser in München. Dort wurde sie als „die Seele der neuen Unternehmung“ bezeichnet (Grosch 1990, 231).

Die Heilgymnastik war im 19. Jahrhundert kein Frauenberuf. Sowohl Frauen als auch Männer übten diese Tätigkeit aus. Neumann schreibt dazu: „Für die männlichen Patienten sind männliche, für die weiblichen weibliche Gymnasten nötig.“ (Neumann 1852, 321). Zur Berufsbeschreibung des Gymnasten/der Gymnastin ist von ihm folgendes Zitat überliefert:

Der heilgymnastische Gehilfe oder Gymnast steht zum heilgymnastischen Arzt oder Kinesitherapeuten wie der Apotheker zum medikamentösen Arzte. Der Gymnast soll die Bewegungen (die Arznei), die der Kinesitherapeut verschreibt, für den Patienten bereiten, d.h. dieselben vorschriftsmäßig den Patienten durchüben lassen. (Neumann 1852, 321).

Für Neumann war eine qualifizierte Ausbildung der GymnastInnen sehr wichtig. Er betonte die Bedeutung naturwissenschaftlicher Kenntnisse und beklagte deren nicht ausreichende Vermittlung in der allgemeinen Schulbildung, die bei den Mädchen noch mangelhafter als bei den Jungen sei (Neumann 1852, 321). Er strebte nach der Einrichtung einer heilgymnastischen Abteilung an der Berliner Charité und nach einem staatlichen Lehrauftrag für Heilgymnastik, womit er jedoch scheiterte. Die preußische Gesundheitsbehörde hegte Zweifel an der Notwendigkeit eines eigenständigen Berufes „HeilgymnastIn“. Dadurch verzögerte sich die heilgymnastische Berufsgenese in Deutschland um circa fünfzig Jahre.

Diese Absage könnte auch damit zusammen gehangen haben, dass sich Neumann im Laufe der Zeit von einigen Grundsätzen der damaligen akademischen Medizin löste. So bekannte er sich in seinen Büchern zu der Odlehre des mystischen Naturphilosophen Carl von Reichenbach, und betrachtete diese als belegt, da „durch mich die Odlehre schon geprüft sei.“ (Neumann 1856, XI). Neumann brachte, ebenso wie Ling, seinen Hang zu naturphilosophischen Anschauungen in sein gymnastisches System ein. Dennoch wurde der Wert der Heilgymnastik von vielen Ärzten anerkannt, wie das Zitat des Orthopäden Eulenburg von 1853 zeigt:

Ling's Grundzüge für medizinische Gymnastik ... möchten schwerlich geeignet sein, auf dem Forum der Medizin unter den heutigen nach exaktester Forschung strebenden Geistern Propaganda zu machen. Sie bieten zu viel durch naturphilosophische Anschauung gebildete Theoremata. Dennoch liegt darin der Keim zu außerordentlicher Nutzbarkeit. (Eulenburg 1853, zitiert nach Kreck 1987, 44).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Tätigkeit der Heilgymnastik im besprochenen Zeitraum von Personen mit unterschiedlichen Ausbildungen ausgeübt wurde. Zum einen gab es Autodidakten wie Ling und Berwald, daneben gab es Ärzte wie Berend, die die Heilgymnastik ausführten. Wahrscheinlich die größte Gruppe sind die in Stockholm oder Berlin ausgebildeten HeilgymnastInnen. Da sie keine eigenen Institute leiteten, sondern in der Regel für Ärzte arbeiteten, werden sie in der Literatur relativ selten erwähnt.

1.5.2 Die Heilgymnastik in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts

Innerhalb der Ärzteschaft gab es bald schwere Auseinandersetzungen um den Charakter und die Ausprägung der Heilgymnastik. Die schwedische Heilgymnastik nach Ling war stark von Widerstands- und Halteübungen gekennzeichnet. Der Arzt Schreber veröffentlichte 1855 sein System der „Ärztlichen Zimmergymnastik“, das er als Deutsches benannte und der Schwedischen gegenüberstellte. Es beinhaltete vor allem aktive Bewegungen ohne Widerstände, die alleine „im Zimmer“ durchführbar waren. Schreber kritisierte die Abhängigkeit der schwedischen Heilgymnastik von der Anwesenheit einer AssistentIn: „...die nach ihrem Ursprunge die deutsche heißt, zum Unterschiede von der schwedischen, halbactiven, meist auch zwecklos gekünstelten, nur durch Gehilfen ausführbaren Widerstandsbewegungen bestehenden Gymnastik.“ (Schreber 1855, zitiert nach Grosch 1984, 232).

Auch in Schweden wurde die Arbeit der GymnastInnen kritisch diskutiert: „Wenn man weiß, wie anstrengend der Beruf des Gymnasten ist, so muss man trotz aller Anerkennung seines guten Willens sich doch fragen, ob es möglich ist, dass er wirklich Tag aus Tag ein immer gleich gewissenhaft die erlernte Kunstfertigkeit ausüben kann.“ (Zander, zitiert nach Grosch 1984, 233). Aus dieser kritischen Beobachtung heraus entwickelte der schwedische Arzt Gustaf Zander die medikomechanische Gymnastik, die an den so genannten Zander-Apparaten durchgeführt wurde. 1868 eröffnete Zander in Stockholm ein „medikomechanisches Institut“. Die normale Ausstattung eines „Zander-Saals“ umfasste 76 Geräte. Diese waren mit Hebeldruck einstellbar und wurden später durch Dampf-, Gas- oder Elektromotoren angetrieben. Sie gehörten bald zum normalen Mobiliar eines heilgymnastischen Behandlungsraums. Auch andere Ärzte wie Krukenberg und Herz entwickelten Gymnastikapparate.

1884 eröffnete das erste Zanderinstitut in Deutschland. Die mechanisch ausgeführte Gymnastik prägte das Bild der Heilgymnastik bis zum 1. Weltkrieg. Die Einführung von Apparaten in die Heilgymnastik veränderte die Tätigkeit der gymnastischen AssistentInnen entscheidend. Viele Zander-Institute verzichteten ganz auf den Einsatz von HeilgymnastInnen. Häufig wurde die Ausführung der Übungen an den Geräten durch einen Assistenzarzt kontrolliert, während Jugendliche das Einstellen der Geräte besorgten (Kreck 1987, 53).

Unter den Ärzten entbrannte eine scharfe Auseinandersetzung über Vor- und Nachteile der mechanischen Gymnastik gegenüber der manuell ausgeführten Heilgymnastik. Der Orthopäde Müller erwiderte auf das Argument der Ermüdbarkeit von Heilgymnasten folgendes:

Freilich gibt es eine gewisse obere Grenze für die menschliche Leistungsfähigkeit, welche nur zum Nachteil sowohl des Behandelnden als des Behandelten überschritten wird. Ja, aber was geschieht denn in einer chirurgischen Station, wenn der einzige Assistent so viel zu operieren hat, dass ihm vor Müdigkeit abends das Messer aus der Hand fällt? Wird er dann einfach abgeschafft und eine Operationsmaschine konstruiert, die nicht ermüden kann? – Wie absurd! Nein! Man stellt eben einen zweiten Assistenten an, und so ist es auch bei der manuellen Methode. (Müller 1894, zitiert nach Kreck 1987, 76).

Ein weiteres, wichtiges Argument in der Auseinandersetzung war der geringere finanzielle Aufwand für die mechanische Methode. Letztlich überwogen die integrierenden Stimmen, die die beiden Methoden als sich ergänzend handhabten. Im Zuge dieser Entwicklung erweiterten viele ärztliche Spezialisten der schwedischen Heilgymnastik in den 1880er und 1890er Jahren ihr therapeutisches Angebot durch mechanische Gymnastikapparate. Die häufigsten Indikationen für die mechanische Heilgymnastik waren Bewegungsmangel und Übergewicht, Nervosität, Nachbehandlung von Unfallverletzungen, Muskel- und Gelenkerkrankungen, Skoliose, Erkrankungen des Verdauungstraktes (v.a. Obstipation) sowie Herz- und Kreislaufkrankungen.

Zanderinstitute gab es in vielen großen Städten und in einigen Kurorten. Einrichtungen der unfallchirurgischen Rehabilitation, wenige Krankenhäuser und manche Passagierschiffe verfügten über Zanderapparate. Jedoch war die manuelle ebenso wie die mechanische

Heilgymnastik im 19. Jahrhundert nur für einen kleinen, wohlhabenden Bevölkerungsteil zugänglich.

Die besser gestellten gesellschaftlichen Kreise waren seit langem schon in der Lage, in heilgymnastischen Spezialanstalten sich ihre betreffenden Leiden behandeln zu lassen und für die Masse der Bevölkerung, 3. Klasse der Krankenhäuser, glaubte man gesorgt zu haben, wenn sie bei der Entlassung aus den Anstalten gerade so gut geheilt waren, dass sie nicht mehr fremder Hilfe bedurften.... Was dann aus den Kranken wurde, dafür hatte das Krankenhaus nicht zu sorgen. (Crede 1895, zitiert nach Kreck 1987, 109).

Die Einführung der Unfallversicherung für ArbeiterInnen sorgte für eine Veränderung dieser Situation: „Beschleunigt hat aber das Unfallgesetz die Verallgemeinerung dieser Behandlungsarten, denn der höhere oder geringere Grad von Erwerbsfähigkeit hat eine zu enorme finanzielle Bedeutung für die Berufsgenossenschaften.“ (Crede 1895, zitiert nach Kreck 1987, 110).

Die mechanische Heilgymnastik wurde deutlich häufiger verordnet und in Anspruch genommen als die manuelle Methode. Vom Hamburger medikomechanischen Zander-Institut ist bekannt, dass 1889 circa 80% der Patientenbesuche der mechanischen Heilgymnastik galten (Kreck 1987, 91). Um die Auswirkungen auf den Beruf der Heilgymnastik zu erfassen, ist man mangels klarer Informationen zum Teil auf Vermutungen angewiesen. Unschärfen zwischen den Berufsgruppen der MasseurInnen und HeilgymnastInnen lassen sich nicht vermeiden. So wird von dem 1889 in Frankfurt a.M. eröffneten Zanderinstitut berichtet, das neben mechanischer und manueller Heilgymnastik auch Massage anbot: „Außerdem werden alle Arten von Massagekuren teils durch den Anstaltsarzt selbst, teils durch bewährte Hilfskräfte ausgeführt.“ (Spiess 1896, zitiert nach Kreck 1987, 95).

Der Erfolg der Zander-Therapie hatte viele Ursachen. Zum einen bot sie, ebenso wie die manuelle Heilgymnastik, eine Alternative zu der damals wie heute in der akademischen Medizin üblichen Pharmatherapie. Gleichzeitig stellte sie eine Anpassung der Heilgymnastik an die Ideale der Epoche der Industrialisierung dar. Entsprechend spiegelte sie das mechanisierte Menschenbild der akademischen Medizin wider. Die Physiologie des menschlichen Körpers wurde als eine „Maschinenlehre des lebenden Organismus“ aufgefasst (Kreck 1987, 114). „Die Tendenz zur Loslösung des „Bewegungsapparates“ aus

dem Sozialwesen „Mensch“ führte zu der Forderung, Übungen „mechanisch, möglichst unabhängig vom bewussten Willen, absolvieren zu lassen“. (Kreck 1987, 114).

Der Orthopäde Hoffa sammelte Ende des 19. Jahrhunderts alle orthopädischen Behandlungsmethoden und integrierte die Heilgymnastik nach Ling in die Orthopädie. Obwohl die Indikationen der Heilgymnastik zu jener Zeit weit mehr als orthopädische umfassten, war die Zuweisung zu einem medizinischen Fachgebiet wesentlich für die zukünftige Entwicklung der therapeutischen Gymnastik. Der Titel der 1891 von Hoffa gegründeten Fachzeitschrift lautete „Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie einschließlich der Heilgymnastik und Massage“ (Grosch 1996, 234).

Wie mag die Arbeit der HeilgymnastInnen in dieser Zeit ausgesehen haben? Die neueren Entwicklungen wie die Zimmergymnastik nach Schreiber und die mechanische Gymnastik an Zanderapparaten waren ohne HeilgymnastInnen ausübbar. Einige Ärzte, die Institute betrieben, in denen sowohl die manuelle schwedische Heilgymnastik als auch die maschinelle Gymnastik angeboten wurden, werden sicherlich auf die Arbeit von HeilgymnastInnen zurückgegriffen haben. Aus der Literatur ist jedoch nur wenig bekannt zu diesem Punkt. Ihr therapeutischer Wert war jedoch klar erkannt und die Heilgymnastik hatte sich ihren Platz auf dem „Markt der medizinischen Dienstleistungen“ gesichert. Immer noch war offen, wer die Heilgymnastik ausüben „dürfe“ oder solle. Zu dieser Frage wurden scharfe Auseinandersetzungen innerhalb der akademischen Medizin geführt, die Bestandteil des nächsten Kapitels sind.

1.5.3 Arbeitsteilung zwischen Ärzten und HeilgymnastInnen

Die berufspolitischen Auseinandersetzungen über die Heilgymnastik wurden Ende des 19. Jahrhunderts ausschließlich von Ärzten geführt. Die HeilgymnastInnen hatten noch keine Interessensvertretung. Die ersten heilgymnastischen Berufsverbände wurden Anfang des 20. Jahrhunderts gegründet.

Die Situation auf dem „Gesundheitsmarkt“ war Ende des 19. Jh. von Übersättigung geprägt. Es gab mehr Anbieter als zahlungsfähige Patienten. Unter den Ärzten bestand eine Konkurrenzsituation, ebenso zwischen den akademischen und nichtakademischen Medizinerinnen. Nach der preußischen Reichsgewerbeordnung von 1869 konnte jede Person die Heilkunde ausüben. Viele Ärzte wetterten lautstark gegen „Kurpfuscher“ und „Laien“,

wie sie die nichtakademischen Heilkundigen titulierte. Der Wiener Arzt Herz brachte die Situation auf den Punkt: „Der Sturm, der in der standesärztlichen Literatur gegen die Kurpfuscher tobt, wird sie darüber gelehren, dass es, genau genommen, wirtschaftliche Gründe sind, welche unseren Stand dazu antreiben, sich einer unwürdigen Konkurrenz zu entledigen...“ (Herz 1903, zitiert nach Kreck 1987, 116).

Hughes empfiehlt den akademischen Medizinern, sich die Vorliebe der Bevölkerung für die Naturheilkunde zu Nutze zu machen, und die eigenen Angebote auf die Wünsche der Patienten abzustimmen:

Heutzutage, wo der ärztliche Beruf selbst an Überfüllung krankt, wo ihn das Kurpfuschertum auf allen Seiten einengt, sollte man mit Freuden einen so aussichtsvollen Zweig ergreifen (die Gymnastik – Anm. des Verfassers). Leider schauen viele Kollegen voll Hoffart auf die Naturheilkundigen herab, welche gestützt auf Diätikuren, Wasserheilkunde und Mechanotherapie ihnen drohen den Rang abzulaufen. Erst wenn der praktische Arzt von dem Throne seiner Unfehlbarkeit hinabsteigt in die Schranken, erst wenn er selbsttätig bei den einzelnen Manipulationen Hand anlegt, wird sich die Waagschale wieder zu seinen Gunsten senken. (Hughes 1896, zitiert nach Kreck 1987, 117).

Neben der Frage, ob die akademische Medizin die Heilgymnastik für sich nutzbar machen könne (was einige Ärzte längst taten), wurde erörtert, wer die Heilgymnastik ausführen solle. Hoffa etwa, der die Orthopädie um die Jahrhundertwende entscheidend mitprägte, plädierte für eine Ausübung der Massage nur durch Ärzte. Er forderte gar ein Verbot der Massagetätigkeit durch „Laien“ (Kreck 1987, 117). Hierzu muss angemerkt werden, dass die Massage und die Heilgymnastik zwar zwei eigenständige Berufe waren, es jedoch Überschneidungen in den Tätigkeiten gab. So war die Heilgymnastik ein Nebenfach in der Ausbildung der angehenden Masseure. Die Massage wiederum war Teil der heilgymnastischen Ausbildung.

Der Arzt Johann Hermann Lubinus schuf bezüglich der Ausübung der Heilgymnastik Tatsachen, indem er 1903 eine staatlich anerkannte Schule für Heilgymnastik in Kiel gründete. 1900 legte er seinen Plan dem zuständigen Kultusminister vor, und ersuchte darum, sein Unternehmen durch das Einsetzen einer staatlichen Prüfungskommission zu unterstützen. Das Kultusministerium wandte sich an die medizinische Fakultät Kiels, „um über den Wert der Sache Auskunft zu erhalten“. Die Fakultät wandte sich zwecks näherer

Orientierung an Vertreter der medizinischen Fakultät in Stockholm. Die Antwort war positiv (Lubinus 1913, 1328).

1904 fanden sich in Preußen unter annähernd 3000 Spezialärzten auch 65 mit der Spezialisierung auf „Heilgymnastik und Massage“ (Kreck 1987, 116). Eine Resolution der Gesellschaft für orthopädische Chirurgie (im folgenden GOC) sprach sich 1912 gegen die Ausbildung von Heilgymnastinnen aus. Die Ausübung der Heilgymnastik solle Spezialärzten vorbehalten sein:

In Hinsicht auf die bedenklich um sich greifende Laientätigkeit auf dem Gebiet der Massage und Heilgymnastik gibt die GOC ihrer Ansicht darin Ausdruck, dass in der Massage gegen die Ausbildung von Laien als Hilfskräfte der Ärzte seitens ärztlich geleiteter Institute nichts einzuwenden ist, weil derartige Hilfskräfte nicht zu entbehren sind. Dagegen hält die GOC die schematische Ausbildung von Laien in der allgemeinen orthopädischen Heilgymnastik durch ärztliche Institute für sehr bedenklich, weil dieses Gebiet nach dem heutigen Stande der Wissenschaft immer mehr Gegenstand spezialärztlicher Tätigkeit geworden ist. Besonders unangebracht aber erscheint die Ausbildung solcher Laienelemente durch ärztliche Institute mit der besonderen Inaussichtnahme späterer selbständiger Tätigkeit der Betreffenden, die gerade auf diesem Gebiet als durchaus unzulässig bezeichnet werden muß der schweren Schädigungen wegen, die daraus für den Patienten entstehen können. (zitiert nach Grosch 1984, 235).

Lubinus äußerte sich 1913 in einem Artikel der „Münchener Medicinischen Wochenschrift“ dazu, wer seiner Ansicht nach die Heilgymnastik in Deutschland ausüben solle und wie die Ausbildung der Heilgymnastinnen auszusehen habe. Anlass für seinen Artikel waren die Empfehlungen einer schwedischen Expertenkommission zu dem Vorschlag, das gymnastische Zentralinstitut in Stockholm in eine gymnastische Hochschule einschließlich einer Heilgymnastenschule umzuwandeln. Lubinus nennt als Argument für die Ausbildung von Heilgymnastinnen die große Anzahl der in Deutschland tätigen HeilgymnastInnen sowie die große Nachfrage nach HeilgymnastInnen von Ärzten und Professoren. Des Weiteren verweist er auf seine eigenen Erfahrungen, die Erfahrungen in Schweden und die Einführung der HeilgymnastInnenausbildung in Dänemark. Gegen die Ausübung der Heilgymnastik durch Ärzte sprechen seiner Ansicht nach physische und soziale Gründe, vor allem bei Patienten aus „weniger wohlhabenden Kreisen“. Außerdem seien die heilgymnastischen Ausbildungsmöglichkeiten für Ärzte in Deutschland gering. Das Argument der schwedischen Expertenkommission, dass der Arzt eine sehr teure Arbeitskraft sei, führt er nicht an (Lubinus 1913, 1328).

Lubinus sieht die Gefahr, dass „in einzelnen Fällen eine Heilgymnastin einem Arzte Konkurrenz machen könnte“, die Erfahrung würde jedoch zeigen, dass diese Gefahr nicht groß sei. Er betont die Abgrenzung zu „orthopädischen Kurpfuschern“ und „Masseusen“, die aus anderen Kreisen kämen als denen der staatlich geprüften Heilgymnastinnen. Zur Frage, ob ärztliche Assistenten die Heilgymnastik und die Massage an ärztlichen Instituten ausüben sollten, äußert er sich negativ, sie hätten bereits genug andere Interessen (Lubinus 1913, 1329).

Neben der Frage der Ausbildung von Heilgymnastinnen war deren Arbeitsmöglichkeit Gegenstand der ärztlichen Auseinandersetzung. Es entbrannte ein Streit, ob die Gymnastinnen selbständig arbeiten dürften. Bisher hatten Heilgymnastinnen nur in ärztlich geleiteten Einrichtungen gearbeitet. Lubinus war entschieden gegen die freie Niederlassung von Heilgymnastinnen. Dennoch gründeten um 1910 zwei von ihm ausgebildete Gymnastinnen ein eigenes gymnastisches Institut in Leipzig. Kurz darauf machten sich zwei weitere Heilgymnastinnen in Halle selbständig. Anfangs „erregte dies Anstoß bei dortigen Spezialärzten für Orthopädie“ (Lubinus, zitiert nach Grosch 1996, 235), obwohl die Heilgymnastinnen die Patienten nur auf Überweisung von Ärzten behandelten. Lubinus zweifelte daran, dass seine ärztlichen Kollegen in der Lage seien, die erforderlichen, speziellen Übungsanweisungen zu geben. Der Sturm der Empörung legte sich mit der Zeit und bald sprachen viele angesehene Leipziger Ärzte mit großer Anerkennung von den niedergelassenen Heilgymnastinnen.

Bereits in den 20er Jahren war die Eröffnung einer Privatpraxis zur allgemein akzeptierten Erwerbsmöglichkeit für Heilgymnastinnen geworden. Das Landesarbeitsamt Westfalen nennt als „Verwendungsmöglichkeit“ der Ausbildung zur Kranken- und Heilgymnastin neben der Anstellung in orthopädischen Heilanstalten, Kliniken und Sanatorien auch die Möglichkeit, eine Privatpraxis zu eröffnen, wobei die Zuweisung von Patienten durch Ärzte erfolgte (Landesarbeitsamt Westfalen 1929-30).

Zuletzt beschäftigte sich die Ärzteschaft mit der Frage, ob die Heilgymnastinnen Patienten direkt annehmen dürften, selbst untersuchen und eine Therapieentscheidung treffen dürften, oder ob dies nur dem Arzt zustehe. Lubinus setzte der heilgymnastischen Handlungsautonomie deutliche Grenzen. Er war besorgt, dass die ärztlichen Interessen mit

denen der Heilgymnastinnen kollidieren könnten. Nur nach ärztlicher Vorschrift waren Heilgymnastik und Massage auszuüben. Er strich alle quasi-medizinische Anteile aus der Ausbildung der HeilgymnastInnen, wie es die schwedische Kommission empfahl. Der Unterricht in Anatomie, Physiologie und Pathologie sollte nur so weit reichen, dass ein Verständnis der Bewegungen und des Bewegungsrezeptes vom verordnenden Arzt gewährleistet sei (Lubinus 1913, 1328). Auch Debrunner, Autor des „Lehrbuch für Orthopädische Hilfsarbeiterinnen“ schrieb 1919:

Ihnen, meine Damen, kann es nicht obliegen, eigenmächtig Behandlung zu treiben. Sie sollen zu ausführenden Organen erzogen werden, die wohl imstande sind rückblickend den Gedankengang des Arztes zu verstehen. Sie dürfen Ihm Auge sein bei der Kontrolle seiner Kranken. (Debrunner 1919, 178-179).

„Er (der Laie) ist Hand, wo der Arzt Auge.“ (Debrunner 1919, 161).

Bis heute ist die Arbeit der PhysiotherapeutInnen weisungsgebunden. Patienten dürfen nur auf Verordnung durch einen Arzt behandelt werden. Die Frage nach der Handlungsautonomie der PhysiotherapeutInnen wird jedoch aktuell wieder neu gestellt (Hüter-Becker 2004b, 43). Die Physiotherapie versucht sich vom Status der Semi-Profession zu befreien.

Manche Ärzte setzten sehr erbittert ihre Macht ein, um so genannte Laien von der Ausübung der Heilkunde abzuhalten. Ein Beispiel zeigt die Biografie von Katharina Schroth. Schroth entwickelte auf der Basis eigener Betroffenheit eine ganzheitliche Skoliosebehandlung, bei der erstmals der Atmung und einem veränderten Körpergefühl sowie psychosozialen Aspekten eine große Bedeutung zukam. 1921 eröffnete sie ein Institut in Meißen, in dem sie sehr erfolgreich arbeitete. Da sie keine Ärztin war und der Naturheilkunde nahe stand, war sie dem Vorwurf der „Kurpfuscherei“ ausgesetzt. Der Orthopäde Schede, der die Krankengymnastikschule in Leipzig leitete, bekämpfte in den 20er Jahren das Schrothsche Institut und beschreibt die dortige Behandlung als „Kurpfuscherei, vor der gewarnt wird“. (Schede, zitiert nach Weiss 2001, 47). Auf Grund eines Gutachtens von Schede wurde der Ehemann von Katharina Schroth strafversetzt, die Arbeit seiner Frau sei ehrenrührig und eines Beamten unwürdig. Andere, überaus positive Stimmen aus der Ärzteschaft führten jedoch zu einer Rückgängigmachung dieser Degradierung. In den 30er Jahren fand in Freiburg/Br. unter Prof. Wilhelm eine vierwöchige Prüfung der Methode Schroth statt. Er ließ die Patienten vorher und nachher

fotografieren und kam zu dem Ergebnis: „Ihre Arbeit ist gut. Sie werden uns Ärzte befruchten. Wir werden viel von ihnen lernen. Aber dass die Kassen bei Ihnen bezahlen, das geht zu weit!“ (Wilhelm, zitiert nach Weiss 2001, 51). In den 1980er Jahren wurde noch einmal der Versuch unternommen, über einen scheinbar wissenschaftlich geführten Methodenstreit die Katharina Schroth Klinik, inzwischen in Bad Sobernheim und ärztlich geleitet, zu degradieren. Erst danach war die allgemeine Anerkennung im orthopädischen Lager sowie bei den Kostenträgern erreicht.

1.5.4 Die Heilgymnastik im ersten Drittel des 20. Jahrhundert

Der entscheidende Schritt zur Berufsgenese der Heilgymnastik war die Gründung einer Heilgymnastikschule durch den Arzt Lubinus und die damit einhergehende staatliche Anerkennung der Ausbildung. Lubinus war 1894 nach Stockholm gegangen, um sich mit der schwedischen Heilgymnastik vertraut zu machen. Nach seiner Rückkehr gründete er 1895 ein medikomechanisches Institut mit Zander-Apparaten in Kiel. Er erkannte, dass in Deutschland ein Bedarf an ausgebildeten Heilgymnasten bestand. 1903 eröffnete er eine heilgymnastische Lehranstalt für Frauen in Kiel und unterrichtete bis 1926 alle theoretischen Fächer selber. Die von ihm ausgebildeten Gymnastinnen wurden Lubinen genannt. Die zweijährige Ausbildung bestand im ersten Halbjahr in der Ausbildung zur Turnlehrerin. In den folgenden drei Halbjahren fand die theoretische und praktische Ausbildung in orthopädischer und medizinischer Gymnastik sowie Massage statt (Grosch 1990, 234).

In Lubinus' Begründung der Notwendigkeit einer Schule in Deutschland wird deutlich, dass in der Heilgymnastik bisher gleichermaßen Frauen und Männer tätig waren.

Bestimmend für mich waren besonders folgende Gesichtspunkte: Erstens hielt ich die Sache selbst für gut, ferner stellte ich fest, dass Jahr für Jahr ein großer Prozentsatz der am Zentralinstitut in Schweden ausgebildeten Heilgymnastinnen und Heilgymnasten auswanderten und besonders in Deutschland ein lohnendes Feld für ihre Tätigkeit fanden, schließlich musste ich die Erfahrung machen, dass deutsche junge Damen und Herren, welche in Schweden sich ausbilden wollten, vom Zentralinstitut zurückgewiesen wurden. (Lubinus 1913, 1328) .

Er äußerte sich nicht dazu, weshalb er sich für eine Lehranstalt für Frauen entschied. In Schweden wurde die heilgymnastische Ausbildung ausdrücklich für Frauen und Männer angeboten (Lubinus 1913, 1328). Durch diesen Schritt wurde die Heilgymnastik in

Deutschland zum Frauenberuf. Auch nachfolgende Schulen waren bis in die 1960er Jahre reine Frauenschulen. Die Ursachen für diese Entwicklung können indirekt aus dem historischen Kontext geschlossen werden (vgl. 2.2.5 und 2.2.6).

Die Aussagen bezüglich der Ausbildungsmöglichkeiten in Berlin sind uneindeutig. Dr. med. Hans Debrunner hat als Oberarzt unter Führung von Prof. Dr. Gocht jahrelang Kurse für „orthopädische Hilfsarbeiterinnen“ an der Berliner Universitätsklinik für Orthopädie geleitet. Genaue Zeitangaben macht er nicht. Die Ausbildung zur „orthopädischen Hilfsarbeiterin“ war größtenteils identisch mit der heilgymnastischen Ausbildung. Neben Heilgymnastik und Massage waren zusätzlich Elektrotherapie, Verbandstechnik, Gipsen und die Arbeit im Operationssaal Unterrichtsinhalte (Debrunner 1932, Vorwort, Inhaltsverzeichnis). Künzler spricht von einer staatlich anerkannten Heilgymnastikausbildung an der Chirurgischen Universitätsklinik unter Leitung von Prof. Kohlrausch, gibt jedoch auch keine Zeitpunkte an (Künzler 1949, 12). Auch Harff erwähnt die Berliner Schule ohne Angabe eines Gründungsjahres (Harff 1978, 171).

1919 wurde in Dresden die „Sächsische Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage“ gegründet. Das Wort „Krankengymnastik“ ging hier erstmals in den allgemeinen Sprachgebrauch über und ersetzte den Begriff der Heilgymnastik. Die Umbenennung geht auf den Gründer der Schule, Prof. Dr. Smitt zurück. Die Vorsilbe „Heil“ sah er durch anderweitigen Gebrauch zu sehr vorbelastet (Heilkundiger, Heilpraktiker, Heilgehilfe). Die Vorsilbe „Kranken“ sei zwar mit einem Negativum belastet, „dies zu überwinden ist aber jedenfalls Sache der erfolgreich arbeitenden Krankengymnasten.“ (Künzler 1949, 12). Weitere Schulgründungen folgten in München (1926), Marburg (1928), Frankfurt a.M. (1930), Freiburg (1935) und Leipzig. 1939 gab es in Deutschland acht Krankengymnastikschulen, die zumeist Universitätskliniken angeschlossen waren. (Hüter-Becker 2004a, 16). Daneben gab es in verschiedenen Städten private Kurse für Heilgymnastinnen mit einem Abschlusszeugnis, das jedoch keine staatliche Anerkennung besaß. Das Landesarbeitsamt Westfalen nennt 1928/1929 als Berufsaussichten für Heil- und Krankengymnastinnen die Anstellung in orthopädischen Heilanstalten, chirurgischen Kliniken, Sanatorien und Krankenhäusern. Daneben bestünde die Möglichkeit eine Privatpraxis zu eröffnen, wobei die Patienten von Ärzten und Fachärzten zur Behandlung überwiesen würden. Ende der 1920er Jahre gab es vier Berufsverbände von

Heilgymnastinnen, die wahrscheinlich den Abgängerinnen der jeweiligen Schulen zur Kommunikation und berufspolitischen Organisation dienten:

Vereinigung der orthopädischen Turnlehrerinnen und Heilgymnastinnen, Berlin

Vereinigung deutscher staatlich geprüfter Heilgymnastinnen, Kiel

Deutsche Vereinigung für schwedisch-pädagogische Gymnastik, Dresden

Verband der staatlich anerkannten Krankengymnastinnen, Dresden

(Landesarbeitsamt Westfalen 1929-30, 8).

Die Gründung eines zentralen Berufsverbandes und einer Fachzeitschrift erfolgte erst 1949, ein Berufsgesetz wurde 1959 verabschiedet. Dennoch muss die dynamischste Phase der Berufsentstehung im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts gesehen werden. Die ärztliche Diskussion um den Status des heilgymnastischen Berufes wurde geführt und mit dem Ergebnis abgeschlossen, dass die Heilgymnastik in Deutschland nicht von Ärzten, sondern von einem eigenem Berufstand auszuüben sei, welcher weisungsgebunden der akademischen Medizin unterstellt sein solle.

Während die Diskussion der akademischen Mediziner um die Zuständigkeit der Heilgymnastik weiterging, stieg der Bedarf an Heilgymnastinnen stetig. 1911 gab es in Deutschland circa 400 heilgymnastische Institute (Kreck 1987, 130). Der erste Weltkrieg mit fast 2 Mio. Toten und circa 4 Mio. Verletzten führte zu einem massiven Ausbau mechanischer Therapieverfahren. Viele neue, kostengünstige Apparate wurden für gymnastische Übungen konstruiert. Das vorgegebene Therapieziel war die „Kriegsverwendungsfähigkeit“ der Verletzten. Außerdem sollten die Rentenzahlungen für Kriegsversehrte niedrig gehalten werden. Der Arzt Gustav Schütz „empfahl die kombinierte Anwendung von Zander-Apparaten, ersatzweise auch anderen Konstruktionen, mit manueller schwedischer Gymnastik, Massage, deutschen Freiübungen und einfachen Geräteübungen. Er berichtete von einer deutlichen Verkürzung der Behandlungsdauer gegenüber der Nachbehandlung Unfallverletzter, die er auf den rechtzeitigen Therapiebeginn, die überwiegend jüngeren und kräftigeren Patienten sowie die hohe Motivation der Verletzten zurückführte.“ (Kreck 1987, 134).

Die mechanische Gymnastik fand während dem ersten Weltkrieg ihre weiteste Verbreitung. Danach gab es keine Neueröffnungen von Zanderinstituten mehr. Die

Bestehenden schlossen nach und nach bis 1942. Kreck sieht verschiedene Gründe für das Ende der mechanischen Gymnastik. Zum einen kam es während dem 1. Weltkrieg zu einem starken Niveauverlust der Apparatetherapie. Dies war durch die Vielzahl billiger Neukonstruktionen bedingt sowie durch einen Mangel an geschultem Personal. Auch die Weiterentwicklung der Orthopädie, in der operative Verfahren eine immer größere Bedeutung bekamen, führte zu einer Abnahme des Interesses. Gleichzeitig erkannte man, dass die mechanische Gymnastik der Notwendigkeit nach Funktionsverbesserung nicht gerecht wurde. Koordination, Konzentration und Lernfähigkeit konnten durch komplexe, freie Übungen ohne Apparate besser beübt werden (Kreck 1987, 138). Der Orthopäde Klapp, der 1928 die Krankengymnastikschule in Marburg eröffnete, entwickelte das Klappsche Kriechen als Skoliotherapie. Er schildert seine Position zur Apparategymnastik:

Wenn ich anfangs in einem großen Institut den orthopädischen Saal mit den mannigfachen Apparaten zur Behandlung der Skoliose, die vielen Pendelapparate etc. sah, überkam mich ein Gefühl der Hochachtung, welches sich ohne weiteres von der schönen Technik, mit der die Apparate konstruiert waren, auf den mir wahrscheinlichen Erfolg übertrug. Ich konnte mir ... nicht denken, dass die glänzenden, ingeniös erdachten und konstruierten Apparate nicht den größten Nutzen haben sollten. Inzwischen sind für mich aus der Krone dieser orthopädischen Institute mancherlei Steine abgebröckelt, nachdem ich selbst größere Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt habe. ... Hat aber ein Mauerwerk erst einmal angefangen zu bröckeln, so traut man dem stehen gebliebenen Rest auch nicht mehr. Auch die zur Skoliosebehandlung erdachten Apparate imponieren bei näherem Zusehen viel mehr über ihre oft höchst originelle und kunstvolle Bauart, als durch ihre Erfolge. Die große Zahl der Apparate spricht auch nicht für die ausnehmende Wirksamkeit der einzelnen! (Klapp 1905, zitiert nach Kreck 1987, 138).

Immer mehr Menschen lebten in Großstädten, und neu entstehende Bewegungen wie die Lebensreformbewegung und die Wandervögel betonten die Bedeutung der Natur für den Menschen. Dieses Umdenken machte auch vor der Orthopädie nicht halt. Riedel, Oberarzt an der Frankfurter Universitätsklinik, äußerte sich 1928:

Im orthopädischen Turnbetrieb wollen wir jedoch jede komplizierte Übung ausschalten und das Wort Platons beherzigen: Die Gymnastik soll einfach sein. Zur modernen Skoliosegymnastik gehört aber auch vor allem die Ausübung des orthopädischen Turnens in der freien Natur, also Nacktbetätigung wie bei Gesunden. Erst dann, unter der Einwirkung von Licht und Luft, wird der kranke verbildete Körper aufblühen. (Riedel 1928, zitiert nach Kreck 1987, 140).

Aus der ästhetischen Gymnastik in Lings System entwickelten sich verschiedene Schulen, die, beeinflusst vom Expressionismus, körperliche Bewegung als Ausdruck der Psyche betrachteten. Die „rhythmische Gymnastik“ nach Dalcrose, ebenso wie die Lohelandschule, um nur zwei zu nennen, erhoben ebenso wie die an der Schulmedizin ausgerichtete Heilgymnastik, den Anspruch, orthopädische Erkrankungen behandeln zu können.

1.6 Berufstätigkeit bürgerlicher Frauen im 19. Jahrhundert

Die Frage, warum die Physiotherapie zum Frauenberuf wurde, ist direkt nicht beantwortbar. Indirekt kann jedoch eine Antwort aus dem historischen Kontext geschlossen werden. Dazu wird ein Blick auf die Situation der Frauen in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts geworfen. Von Interesse ist die Thematik der Berufstätigkeit. Da dies den Bereich der physiotherapeutische Berufsentstehung verlässt, wird die Darstellung relativ kurz gehalten und auf weiterführende Literatur verwiesen.

Ende des 19. Jahrhunderts entstanden in mehreren Bereichen Berufe speziell für bürgerliche Frauen. Durch die sich Mitte des 19. Jahrhunderts konstituierende Frauenbewegung war die Forderung nach Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit für bürgerliche Frauen aufgekommen.

Bereits 1865 war der Allgemeine Deutsche Frauenverein (ADV) gegründet worden, der vor allem Zugang von Frauen zu Bildung und Erwerb forderte. Im Zuge dieser sich neu organisierenden Frauenbewegung und neuer liberaler sozialpolitischer Tendenzen entstanden in den größeren Städten vieler deutscher Staaten Frauenbildungsvereine, die sich auf vielfältige Weise für eine Verbesserung der ökonomischen, sozialen, politischen und rechtlichen Situation von Frauen einsetzten. Die Frauenbildungs- und Erwerbsvereine organisierten Kurse und gründeten Schulen oder unterstützten die Gründung von Schulen mit dem Ziel, die ‚Erwerbsfähigkeit des weiblichen Geschlechts‘ zu erhöhen. Dabei ging es ebenso sehr um die Berufsqualifikation und Erwerbsförderung von Mittelschichtfrauen wie um die Vermittlung hauswirtschaftlicher Kenntnisse an Mädchen und Frauen der Unterschichten. (Jacobi 1997, 273).

In Berlin initiierte Lette 1866 den „Verein zur Förderung der Erwerbsfähigkeit des weiblichen Geschlechts“. Zielgruppe waren allerdings nicht alle Frauen, denn proletarische Frauen waren schon vorher gezwungen, einer Erwerbsarbeit nachzugehen. Ziel des Vereins war es, Frauen der „höheren Stände“ den Weg in die Arbeitswelt zu öffnen. Ein großer Teil der Almosenempfänger in Berlin waren - ehemals bürgerliche – Witwen, die nach dem Tod ihres Gatten verarmten. Um diesen Notstand zu beheben, sollten bereits Mädchen

eine angemessene Ausbildung erhalten. Der Frauenarbeit sollte der Makel der Schande genommen werden. Rudolf Virchow begleitete die Tätigkeiten des Lette-Vereins wohlwollend und sah, wie viele seiner Zeitgenossen, die Aufgaben der Frauen abgeleitet aus ihren häuslichen Tätigkeiten. „Der höchste Beruf des Weibes sei es, Erzieherin zu sein und damit die Familie zu erhalten.“ (Virchow 1865, zitiert nach Obschernitzki 1987, 15). Die Öffnung der Berufstätigkeit für Frauen bedeutete also nicht, dass diese die ihr zugewiesene Rolle verlassen durften. Die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung war am Konzept der bürgerlichen Familie und deren Rollenverteilung orientiert. Dies zeigte sich auch in der Konzeption der Assistenzberufe im Gesundheitswesen, die um 1900 herum entstanden. Der Mann befand sich in der Familie in der Rolle von Ehemann und Vater, im Gesundheitswesen in der Position des Arztes. Die Frau wurde ihm „zugeordnet“, in der Familie als Ehefrau oder Tochter, im beruflichen Bereich als Assistentin. Hüter-Becker zeigt die Parallelen in der psychodynamischen Konstellation Arzt – Heilgymnastin, Vater – Tochter, Mann – Frau auf.

„Sie [die Krankengymnastinnen] verstanden sich als ‚Helferin des Arztes‘, sie genossen den Schutz und das Wohlwollen der ‚Herren im Gehrock‘, die wiederum mit nahezu väterlichem Stolz von ‚ihren Krankengymnastinnen‘ sprachen.“ (Hüter-Becker 2004b, 36).

Steppe formuliert Ähnliches für die Krankenpflege:

Der Arzt entspricht dem Vater, dem Mann, der Rationalität, Entscheidungsbefugnis, Kultur und Produktion repräsentiert und die schwere Last der Gesamtverantwortung für Staat, Wirtschaft und Gesellschaft trägt. Daneben steht die Schwester, die als Pflegende die Frau darstellt, die Selbstlosigkeit, Demut, Reproduktion, Natur und Gehorsam verkörpert. Der Patient schließlich entspricht dem unmündigen Kind, das nicht weiß, was gut für es ist und deshalb versorgt und erzogen werden muss. (Steppe 1995, 131).

Diese „familiäre“ Zuordnung von Krankengymnastinnen zeigt sich auch in der Benennung von Krankengymnastikschülerinnen nach ihrem ärztlichen Schulleiter. Von Aufschneider berichtet über ihre Ausbildung 1957 in Kiel bei Lubinus: „Wenn man in diese Schule zur Ausbildung ging, wurde man eine ‚Lubine‘. Das ist bis heute so. Bei den Jahrgangstreffen spricht man von ‚Lubinentreffen‘.“ (Braun 3). Die Schülerinnen der Krankengymnastikschule in Leipzig wurden nach dem Schulleiter Schede „Schedelinge“ genannt. (Braun 1). Schweizer berichtet von ihrer Ausbildung in Münster 1953: „Der ärztliche Leiter der Schule war Prof. Pitzen, ein sehr strenger Chef, ... Dass wir KG-Schülerinnen von den Medizinstudenten ‚Pitzen-Girls‘ genannt wurden, tolerierte er aber wohlwollend.“ (Braun 6).

1.7 Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung im medizinischen Bereich

Die Krankenpflege stellt im Bereich der Gesundheitsfachberufe die größte Gruppe dar. Aus der Pflegewissenschaft liegen mehrere umfangreiche Arbeiten zur Geschichte der Pflege vor (u.a. Bischoff-Wanner 1997, Steppe 1995a, b). Hier sollen kurz die wichtigsten Erkenntnisse über die Verknüpfung von Berufsgeschichte und Geschlechtergeschichte innerhalb der Krankenpflege dargestellt werden.

Im 19. Jahrhundert bis circa 1920 vollzog sich „eine völlige Neuordnung der Pflege in der modernen Gesellschaft.“ (Steppe 1995, 137). Diese Umstrukturierung beinhaltete, dass das proletarische Wartepersonal größtenteils von Krankenschwestern bürgerlicher Herkunft abgelöst wurde, welche deutlich weniger Geld für ihre Arbeit bekamen. Bis Ende des 19. Jahrhunderts hatte das für die Krankenpflege zuständige Wartepersonal zu gleichen Anteilen aus Frauen und Männern bestanden. Der Wandel der Krankenpflege zu einem Frauenberuf ging einher mit der Verknüpfung von weiblichem Sozialcharakter und Pfl egetätigkeit (Bischoff-Wanner 1997).

Die Geschlechtercharaktere jener Zeit begannen sich Ende des 18. Jahrhundert zu entwickeln. Man fing an, eine grundsätzliche Unterschiedlichkeit zwischen Frauen und Männern zu postulieren. Männer wurden als aktiv und rational, Frauen als passiv und emotional beschrieben. Frauen besäßen im Gegensatz zu Männern keinen Geschlechtstrieb, stattdessen wäre Liebe ihr Naturtrieb. Liebe wurde verstanden als Aufopferung für einen anderen Menschen (vgl. Kap. 3.3).

Bischoff-Wanner legt dar, wie Ende des 19. Jahrhunderts auf der Grundlage der Geschlechtercharaktere die „besondere Eignung“ der Frau zur Krankenpflege konstruiert wurde (Bischoff-Wanner 1997, 81-86). Exemplarisch sei die Argumentation eines Arztes von 1872 zitiert, der sich für die Tätigkeit von Frauen als Krankenschwestern und gegen ihre Tätigkeit als Ärztinnen ausspricht:

Die weibliche Natur und der weibliche Geist sind nicht befähigt, die Ideale ärztlicher Praxis und Bildung zu erreichen. Frauen sind daher auf diesem Gebiet nicht zu dulden... seine [des weiblichen Geschlechts] Sittsamkeit, Demut, Geduld, Gutmütigkeit, Aufopferungsfähigkeit, teilnehmende Lebensstimmung, Frömmigkeit sind so viel größer als bei dem männlichen Geschlechte, dass, wo es auf diese ankommt, die Frauen ebenso den Vorzug verdienen als die Männer da, wo Kraft, Produktivität, moralischer Ernst, Mut, Ausdauer, Ehrgeiz erforderlich sind. Es ist also in medizinischer Hinsicht das Gebiet der Krankenpflege, in welchem Frauen jedenfalls vor den Männern sich auszeichnen können, wenn sie sich dazu hinreichend ausbilden.“ (Bischoff, Theodor (1872): Das Studium und die Ausübung der Medizin durch Frauen. zitiert nach Steppe 1995, 132).

Auch in Lehrbüchern für Krankenpflege zeigt sich die Verknüpfung von Berufsrolle und Geschlechterrolle:

... Eigenschaften einer guten Krankenpflegerin sind Selbstlosigkeit, Pflichttreue, Folgsamkeit, Ordnungs- und Wahrheitsliebe, Beobachtungsgabe, Taktgefühl, Reinlichkeit, Verschwiegenheit und eigene volle Gesundheit und Rüstigkeit ... Sie ist die unentbehrliche und geschätzte Hilfskraft des behandelnden Arztes und seiner Stellvertreter ... Er muss von der Pflegerin verlangen, dass sie seine Verfügungen kritiklos und unbedenklich nach den Regeln der Wissenschaft und der Schule präzise durchführt und sich durch nichts in der Durchführung beirren lässt ... Nicht nur für den Kranken, auch und in erster Reihe für die Pflegerin ist der Besuch des Arztes, die ärztliche Visite, das Hauptereignis des Tages. (Bum, A. (1917): Handbuch für Krankenpflegerinnen, zitiert nach Steppe 1995, 132).

Hier wird nicht nur die Tätigkeit der Krankenschwester definiert, sondern auch ihr Verhältnis zum vorgesetzten Arzt.

Der Beruf der Röntgenfotografie, später ein Teil der medizinisch-technischen Assistenz, entstand um die Jahrhundertwende und wurde von Anfang an als Frauenberuf konzipiert. Der Beruf war vom Konzept her der einer Gehilfin. Der Arzt bestimmte, was aufzunehmen war, wie die Aufnahme erfolgen und was auf ihr zu sehen sein sollte bzw. was unwesentlich sei. Während der allgemeine, meist männliche Fotograf im Anschluss an die Gesellenprüfung weitere Kurse besuchen und eine Meisterprüfung ablegen konnte, gab es für die fotografisch-technische Hilfsarbeiterin in ihrem Beruf keine entsprechende Weiterqualifikation. Die Berufsbezeichnung war damals noch nicht einheitlich, man sprach von Fotografischer Schwester, Röntgenfotografin oder Röntgenschwester. Die Arbeitskleidung war der Schwestertracht mit Abzeichen ähnlich (Kirchberger 1986).

Ein Zitat aus der Einleitung des „Lehrbuch für orthopädische Hilfsarbeiterinnen“ (1932) weist darauf hin, dass eine ähnliche Verknüpfung von Geschlechterrolle und Berufsrolle wie in der Pflege auch in der Krankengymnastik stattfand.

„Sie [die angehenden Krankengymnastinnen] werden aus Ihrer Arbeit lernen, wie wahr und stark die *liebevolle* und *hingebende* Pflege sein muss, bis sie dem chronisch Kranken, dem unter körperlicher Verunstaltung Leidenden zum Trost und zur seelischen Aufrichtung verhilft.“ (Debrunner 1932, 1, Hervorhebungen von der Autorin).

In Kapitel 3 wird dieser Frage nachgegangen.

1.8 Ergebnisse

Im 19. Jahrhundert war die Heilgymnastik kein Frauenberuf. Sowohl Frauen als auch Männer übten diese Tätigkeit aus. Bezüglich der Ausbildung gab es verschiedene Zugänge. Zum einen gab es Autodidakten wie Ling und Berwald, die ursprünglich Theologen, Musiker bzw. Fechtlehrer waren. Daneben gab es Ärzte wie Berend, die die Heilgymnastik selber ausführten. Die größte Gruppe stellten wahrscheinlich die in Stockholm bei Ling oder in Berlin bei Neumann ausgebildeten HeilgymnastInnen dar. Da sie häufig keine eigenen Institute leiteten, sondern in der Regel für Ärzte arbeiteten, werden sie in der Literatur selten namentlich erwähnt.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts änderte sich die Tätigkeit der HeilgymnastInnen durch die Einführung neuer Systeme in der Heilgymnastik. Die an Geräten betriebene Gymnastik wurde nun häufig ohne Hilfe von HeilgymnastInnen durchgeführt. Die manuell ausgeführte schwedische Heilgymnastik rückte in den Hintergrund, sie wurde jedoch weiterhin von Ärzten, HeilgymnastInnen und Autodidakten angewendet. Ihr therapeutischer Wert war anerkannt. Die schwedische Heilgymnastik hatte sich einen Platz auf dem „Markt der medizinischen Dienstleistungen“ gesichert. Die akademische Medizin führte Ende des 19. Jahrhunderts scharfe Auseinandersetzungen darüber, wer die Heilgymnastik ausüben „dürfe“ oder solle. Der entscheidende Schritt zur Berufsgenese der Heilgymnastik war die Eröffnung einer Heilgymnastikschule 1903 durch den Arzt Lubinus und die damit verbundene staatliche Anerkennung der Ausbildung.

Lubinus äußerte sich nicht dazu, warum er die Ausbildung ausschließlich für Frauen anbot. Die Ursache für die Entwicklung der Heilgymnastik zum Frauenberuf kann jedoch indirekt aus dem historischen Kontext geschlossen werden. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts fand eine Öffnung der Berufstätigkeit für bürgerliche Frauen statt. Neue Berufe für Frauen wurden hauptsächlich im sozialen und pädagogischen Bereich geschaffen. Die neu entstehenden Assistenzberufe im Gesundheitswesen waren größtenteils als Frauenberufe angelegt.

Berufsrollen und Geschlechterrollen in der physiotherapeutischen Berufsentstehung

1.9 Fragestellung

In Kapitel 2 wurde der historische Hintergrund der heilgymnastischen Berufsentstehung hinsichtlich seiner veränderten Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe von Frauen bezüglich ihrer Berufstätigkeit dargelegt. Ebenso wurde die Bezugnahme auf bereits bestehende Geschlechterkonstruktionen beim Aushandeln neuer Arbeitsteilungen im medizinischen Bereich herausgestellt, dies jedoch nur im Hinblick auf die Pflege. In diesem Kapitel wird es wieder um die Heilgymnastik gehen. Die heiße Phase der Berufsentstehung, in der sich entscheidende Dinge wie Zuständigkeiten und Abgrenzungen des Berufes herausbildeten, war am Anfang der 1930er Jahre abgeschlossen. Zu diesem Zeitpunkt gab es in Deutschland vier staatlich anerkannte Schulen für Heil- bzw. Krankengymnastik. Man kann davon ausgehen, dass in dieser Zeit die erste spezifische Ausprägung der Berufsrolle stattfand. Im Folgenden werde ich untersuchen, in wie weit die Verknüpfung von Berufs- und Geschlechterrolle, wie sie für die Pflege belegt ist, auch auf die Heilgymnastik zutrifft.

Die Unterscheidung der Geschlechter ist ein sozialer Konstruktionsprozess: Ähnlichkeiten und Übereinstimmungen zwischen den Geschlechtern werden zum Verschwinden gebracht, Unterschiede zwischen ihnen werden betont, sichtbar und wichtig gemacht und ihnen wird eine soziale Bedeutung zugeschrieben. Neben seiner Konstruktionsdimension stellt Geschlecht aber auch gleichzeitig ein strukturierendes Prinzip, z.B. für den Bereich der Arbeitsteilung dar. Das Geschlecht der Arbeitenden gewinnt Kontur, indem berufliche Bereiche geschlechtsspezifisch zugeordnet werden. So entstehen so genannte Frauen- und Männerberufe. Geschlechterklassifikation wird also als eine Ressource zur Strukturierung und Hierarchisierung von beruflichen Arbeitsbereichen eingesetzt. Aus diesem Sachverhalt ergeben sich für Frauen und Männer unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten bezüglich des Ressourcenzugangs. Bei dem genannten Zugang geht es um ökonomische, soziale und symbolische Ressourcen (Wetterer 2002).

Der Begriff ‚Rolle‘ beschreibt, „daß mit verschiedenen strukturell festgelegten sozialen Positionen bestimmte Verhaltensmuster gesellschaftlich vorgegeben sind, denen sich das tatsächliche Verhalten des Positionsinhabers nicht entziehen kann. Die Interaktion von Individuen wird weder jeweils situationsgerecht durch subjektive Verhaltensentscheidungen neu erfunden, noch durch materielle Sachzwänge total determiniert. Vielmehr orientiert sich soziales Verhalten an kulturell vorgegebenen Verhaltensmustern, deren Einhaltung durch sozialen Konsens oder Zwang kontrolliert wird.“ (Hausen 1976, 364).

Ganz unterschiedliche Einflüsse prägen das Bild einer Berufsrolle. Jeder Beruf ist mit der Übertragung bestimmter Aufgaben verbunden. Dazu kommen Erwartungen von KollegInnen, ChefIn, ÄrztInnen und PatientInnen und anderen beteiligten Personen oder Institutionen an die Erfüllung dieser Aufgaben. Eine Rolle umfasst vom sozialen System abhängige Werte, Erwartungen, Handlungsmuster und Verhaltensweisen, enthält jedoch auch Spiel- und Handlungsfreiräume. Ein wichtiger Einfluss auf die individuelle Ausgestaltung der Berufsrolle ist das kollektive und individuelle, berufliche Selbstverständnis.

1.10 Vorgehen

Um die Frage nach der Verknüpfung von Berufs- und Geschlechterrolle zu bearbeiten, sind die bisher veröffentlichten Kenntnisse zur Geschichte der Physiotherapie nicht ausreichend. Die Frage ist, welche Quellen über die Berufsrolle und die Geschlechterrollen in der Heilgymnastik Aufschluss geben können. Zeitzeugen leben nicht mehr, veröffentlichte Interviews mit Krankengymnastinnen reichen nur bis in die 40er Jahre zurück (Braun 1-3; Ramsperger 2003).

Leider fehlen Belege über das berufliche Selbstverständnis von HeilgymnastInnen. Wie haben die Heilgymnastinnen ihre Berufsrolle definiert? Wie haben sie sich in der Aushandlung der Zuständigkeiten mit der Ärzteschaft organisiert und verhalten? Historisches Material der ersten Fachschulen für Heil-/Krankengymnastik und der frühen Berufsverbände, falls es erhalten und über Archive zugänglich ist, könnte angesichts der oben genannten Fragestellung aufschlussreich sein. Bisher sind derartige Quellen jedoch nicht erschlossen. Vor 1949 gab es keine krankengymnastische Fachzeitschrift. Artikel

über die Krankengymnastik wurden von Ärzten in ärztlichen Fachzeitschriften veröffentlicht. Veröffentlichungen von Krankengymnastinnen erschienen erst nach 1930, was jedoch nur unter der Koautorenschaft eines Arztes möglich war.

Zugänglichen Quellen zur Heilgymnastik bis 1930 sind vor allem ärztlichen Ursprungs. Weitere historische Quellen, die für die Analyse der frühen Berufsrolle von Heilgymnastinnen dienlich erscheinen, sind Lehrbücher und berufskundliche Schriften. In der Zeit von 1856 bis 1926 erschienen im deutschsprachigen Raum sechs Lehrbücher für Heilgymnastik (Neumann 1856; Ewer 1892; Herz 1903; Lubinus 1917; Debrunner 1919; Kirchberg 1926). Bei den Autoren handelt es sich um Ärzte, die als Schulleiter oder Lehrer an Schulen für Heilgymnastik bzw. Massage einschließlich der Heilgymnastik tätig waren. Zwei Lehrbücher wenden sich primär an Masseur, schließen die Heilgymnastik aber ausdrücklich mit ein (Ewer 1892 und Kirchberg 1926). Außerdem existieren zwei berufskundliche Schriften zur Heilgymnastik aus der Zeit vor 1930 (Schweizerische Zentralstelle für Frauenberufe 1928, Landesarbeitsamt Westfalen 1929/30).

Die ausgewählten Quellen werden im Verlauf dieser Untersuchung einer zweifachen Analyse unterzogen: Einerseits bezüglich der Aussagen über Frauen im Allgemeinen - andererseits bezüglich der Fähigkeiten und Tätigkeiten von Heilgymnastinnen im Besonderen. Zur Kategorie Geschlechtsrolle werden als Suchbegriffe verwendet: Dame/n, Frau/en, Mädchen, Heilgymnast/innen, Masseur/innen, weiblich, weibliche Gymnasten. Zur Kategorie Berufsrolle: Fähigkeiten, Eignung, Eigenschaften sowie spezifisch benannte Eigenschaften, die vor der Durchführung der Analyse nicht festgelegt werden konnten, weil sie quellenabhängig waren. Die Spezifika der Berufsrolle werden mit typischen Begriffen zur Frauenrolle am Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts, die in Kapitel 2.2.7 und 3.3 dargelegt sind, verglichen.

1.11 Geschlechterkonstruktion im 19. Jahrhundert

Was sind Geschlechtercharaktere und wann entstanden sie? Im Laufe des 17. Jahrhunderts entwickelte sich eine grundsätzliche Typisierung von Frauen und Männern. Karin Hausen hat die Entwicklung dieses normativen Aussagesystems untersucht und beschrieben. Zu Beginn des 17. Jahrhunderts wurde der Mensch als Frau oder Mann über seinen Stand definiert. „Frau oder Weib ist eine verehelichte Person, so ihres Mannes Willen und Befehl

unterworfen, die Haushaltung führet, und in selbiger ihrem Gesinde vorgesetzt ist.“ (Zedler 1735, zitiert nach Hausen 1976, 370). Eine Zuweisung spezifischer Eigenschaften zu Frauen und Männern wurde nicht gemacht. „Ihr Humeur, Geist, Eigenschafft, Inclination und Wesen scheint nach jeder Landes-Art und Beschaffenheit voneinander unterschieden zu seyn.“ (Zedler 1735, zitiert nach Hausen 1976, 370).

Ende des 17. Jahrhunderts änderte sich diese Situation. Die Familie vom „ganzen Haus“, in der Erwerbswirtschaft und Familienleben nicht getrennt waren, verändert sich zur bürgerlichen Familie, in der der Mann einer Erwerbsarbeit außerhalb des Hauses nachging. Als Orientierungsmuster entwickelt sich ein komplementäres Aussagesystem, dass auf der Basis von psychologischen Merkmalen das Wesen von Frauen und Männern erfassen will. „Der Geschlechtscharakter wird als eine Kombination von Biologie und Bestimmung aus der Natur abgeleitet und zugleich als Wesensmerkmal in das Innere der Menschen verlegt.“ (Hausen 1976, 369). Hausen hat Lexika, medizinische, pädagogische, psychologische und literarische Schriften auf häufig anzutreffende Geschlechtsspezifika ausgewertet:

| <i>Mann</i> | <i>Frau</i> |
|---|---|
| Bestimmung für <i>Außen</i> <i>Weite</i> <i>Öffentliches Leben</i> | <i>Innen</i> <i>Nähe</i> <i>Häusliches Leben</i> |
| Aktivität <i>Energie, Kraft, Willenskraft</i> <i>Festigkeit</i> <i>Tapferkeit, Kühnheit</i> | Passivität <i>Schwäche, Ergebung, Hingebung</i> <i>Wankelmut</i> <i>Bescheidenheit</i> |
| Tun <i>selbständig</i> <i>strebend, zielgerichtet, wirksam</i> <i>erwerbend</i> <i>gebend</i> <i>Durchsetzungsvermögen</i> <i>Gewalt</i> <i>Antagonismus</i> | Sein <i>abhängig</i> <i>betriebsam, emsig</i> <i>bewahrend</i> <i>empfangend</i> <i>Selbstverleugnung, Anpassung</i> <i>Liebe, Güte</i> <i>Sympathie</i> |
| Rationalität <i>Geist</i> <i>Vernunft</i> <i>Verstand</i> | Emotionalität <i>Gefühl, Gemüt</i> <i>Empfindung</i> <i>Empfänglichkeit</i> |

| | |
|---|---|
| <i>Denken</i> <i>Wissen</i> <i>Abstrahieren, Urteilen</i> | <i>Rezeptivität</i> <i>Religiosität</i> <i>Verstehen</i> |
| Tugend | Tugenden <i>Schamhaftigkeit, Keuschheit</i> <i>Schicklichkeit</i> <i>Liebenswürdigkeit</i> <i>Taktgefühl</i> <i>Verschönerungsgabe</i> |
| <i>Würde</i> | <i>Anmut, Schönheit</i> |

(Tabelle nach Hausen 1976, 368)

Diese Charakterisierungen werden als Grundlage für den Vergleich von heilgymnastischer Berufsrolle und weiblicher Geschlechterrolle verwendet.

1.12 Ergebnisse

1.12.1 Neumann, AC. (1856): Lehrbuch der Leibesübungen des Menschen in Bezug auf Heilorganik, Turnen und Diätetik

Der Arzt Dr. Albert Constantin Neumann leitete einen „Kursaal für schwedische Heilgymnastik“ in Berlin, dem eine Gymnastikschule für Herren und eine für Damen angeschlossen war (vgl. 2.2.1). Neumann hat zwischen 1852 und 1856 mehrere Bücher über die Heilgymnastik veröffentlicht. Eines davon titelt er explizit als „Lehrbuch der Leibesübungen des Menschen in Bezug auf Heilorganik, Turnen und Diätetik“ (1856). In diesem wendet er sich jedoch an keiner Stelle an HeilgymnastInnen. Jedoch tut er dies in seinem Buch „Die Heilgymnastik oder die Kunst der Leibesübungen, angewandt zur Heilung von Krankheiten nach dem Systeme des Schweden Ling und seiner Schüler Branting, Georgii und de Ron, sowie nach eigenen Ansichten und Erfahrungen“ (1852), in dem er die Tätigkeit der HeilgymnastInnen eingehend beschreibt. In der Vorrede von 1856 verweist er auf das Werk von 1852, und bezeichnet das aktuelle Buch als eine Ergänzung zum früher Erschienenen. Aus dem Grunde habe ich beide Bücher in die Inhaltsanalyse mit einbezogen.

In Vorrede und Einleitung (1852) erwähnt Neumann Frauen nicht explizit. In dem Kapitel „Vom praktischen Betriebe der Heilgymnastik“ beschreibt Neumann den

„heilgymnastischen Cursaal“. Bezüglich der Fenster kommt er auf die weiblichen Patientinnen zu sprechen.

„Dass derselbe womöglich im zweiten Stock gelegen sei, oder doch so hohe Fenster habe, dass von außen nicht der Neugierige in ihn hinein zu sehen vermöge, ist besonders bei dem Reize, den die gymnastischen Curstunden der weiblichen Patienten für neugierige Herren zu haben pflegen, sehr nötig.“ (Neumann 1852, 313).

Hier werden Frauen als reizvoll und schutzbedürftig beschrieben. Da die Familie und das Heim als weiblicher Wirkungsbereich gesehen wurden, sei der öffentliche Raum fremd und bedrohlich für Frauen (vgl. 3.3). In ähnlicher Hinsicht finden Frauen Erwähnung, als die Notwendigkeit von gesonderten Ankleideräumen betont wird.

Im Abschnitt „Der Gymnast“ beschreibt Neumann die nötigen Eigenschaften der Gymnasten. An körperlichen Fähigkeiten nennt er Beweglichkeit der Hände und Finger, Geschicklichkeit und Kraft. Es findet sich also, bezogen auf die typischen, geschlechtsspezifischen Zuordnungen (Koordination zu Frauen, Kraft zu Männern) von beiden Aspekten etwas. Zu den geistigen Eigenschaften zählt er Verstand und Phantasie, gute Schulbildung sowie Anatomie- und Physiologiekenntnisse. Auch hier findet sich, was typische, geschlechtsspezifische Zuordnungen anbelangt (männlicher Verstand, weibliche Phantasie; vgl. 3.3) keine einseitige Festlegung. Neumann kritisiert an dieser Stelle, dass Anatomieunterricht häufig als schädlich für Mädchen angesehen wird, weshalb es schwer sei, „kenntnisreiche weibliche Gymnasten“ zu finden. Er plädiert dafür, die Naturwissenschaften in der Schulbildung beider Geschlechter stärker zu berücksichtigen. Da die Mädchenbildung zu der Zeit stark hauswirtschaftlich ausgerichtet war, muss man Neumanns Position als sehr fortschrittlich bewerten.

Die Kurstunden sollten für alle Patienten gemeinschaftlich sein, jedoch bei Trennung der Geschlechter. Junge Knaben sollten besser mit den weiblichen Kranken als mit den männlichen üben, „da sie dort schon mehr Wartung und Pflege auch von Seiten der übrigen Patienten finden.“ (Neumann 1852, 330). Hier sieht Neumann Frauen in einer mütterlichen, fürsorglichen Rolle. Bei der Aufteilung der Zeiten im Kursaal für weibliche und männliche Patienten weist Neumann Männern die Zeiten zu, die funktionell günstig sind, Abendstunden für Berufstätige, die frühen Morgenstunden für nicht Berufstätige. In seine Überlegungen fließen Berufstätigkeit, Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme sowie

Jahreszeiten ein. Überlegungen zu den Zeiten für weibliche Kranke werden keine ausgeführt. Es entsteht der Eindruck, dass Frauen die übrig gebliebenen Zeiten zugewiesen werden.

Bezüglich der Kleidung der PatientInnen zeigt sich Neumann sehr fortschrittlich. Sie soll für beide Geschlechter leicht, möglichst weit und bequem sein. Frauen tragen Turnanzüge, die aus kurzen, weiten Blusenröcken und Pantalons bestehen. Männer erscheinen in eng anschließenden Jacken und weiten dünnen Beinkleidern. Den GymnastInnen empfiehlt er die gleiche Kleidung wie den PatientInnen.

1.12.2 Ewer, L. (1892): Cursus der Massage mit Einschluß der Heilgymnastik

Der Arzt Dr. Leopold Ewer unterrichtete seit 1886 angehende MasseurInnen und richtete sich mit seinem 1892 erschienenen „Cursus der Massage mit Einschluss der Heilgymnastik“ an „Studierende und Laien“, also Ärzte und MasseurInnen. Sein Buch sollte als Nachschlagewerk dienen. An einer Stelle im allgemeinen Teil des Buches wendet er sich explizit an Frauen: „Häufig wird mir, namentlich von Damen, die Frage vorgelegt: Bin ich auch wohl kräftig genug, die Massage auszuüben?“ (Ewer 1892, 48). Er antwortet, dass der Beruf der Masseurin keiner großen Kraft bedarf, im Gegenteil, dass zu große Kraftanstrengung schädlich sei. Neben einem gesunden Körper sei jedoch eine gewisse Ausdauer erforderlich.

1.12.3 Herz, M. (1903): Lehrbuch der Heilgymnastik in Vorlesungen

Der Wiener Arzt Dr. Max Herz wendet sich mit seinem „Lehrbuch der Heilgymnastik in Vorlesungen“ explizit nur an Studenten der Medizin, er war ein Vertreter der mechanischen Heilgymnastik an Geräten. In seinem Lehrbuch werden Heilgymnastinnen nicht erwähnt.

1.12.4 Lubinus, JH. (1917): Lehrbuch der Medicinischen Gymnastik

Der Sanitätsrat Dr. Johann Hermann Lubinus, einer der wichtigsten Wegbereiter der Krankengymnastik in Deutschland (vgl. 2.2.4), wendete sich mit seinem „Lehrbuch der Medicinischen Gymnastik“ (1917, 2. Auflage 1933) explizit an Ärzte, weil er deren schlechte Kenntnis der Heilgymnastik bemängelte. Diese war aber für die

Therapieentscheidung notwendig, da er für eine Ausführung der Massage und Heilgymnastik durch gut geschulte Hilfskräfte nach ärztlicher Verordnung plädierte. „Aus physischen und sozialen Gründen“ (1917, XIV) könnten Ärzte die Heilgymnastik und Massage nicht selber ausführen. Aus diesem Grunde sei ein „Stand tüchtig ausgebildeter Heilgymnastinnen“ (1917, XI) nicht zu entbehren.

In seinem Buch finden sich nur wenige Textstellen, die Rückschlüsse auf sein Bild der heilgymnastischen Berufsrolle ermöglichen. In der Einleitung spricht er vom „Mensch als Bewegungsgeber“ (1917, X), der durch die medikomechanischen Apparate ersetzt wird. Lubinus verwendet in seinem Lehrbuch nur einen Ausdruck, der so nicht auf Männer zu passen scheint. Da er sich mit seinem Buch jedoch explizit an Ärzte wendet, und zudem diese davon überzeugen will, dass es besser sei, die Heilgymnastik von ausgebildeten Hilfskräften ausführen zu lassen, macht es Sinn, die Heilgymnastik als eine „unendliche Geduld fordernde und zeitraubende Behandlung“ darzustellen. Hier wird die unterschiedliche Bewertung von Frauenarbeit versus Männerarbeit deutlich. Dem Arzt raubt die zeitintensive Heilgymnastik kostbare Zeit. Die Heilgymnastin braucht zwar „unendliche Geduld“ für ihre Arbeit, als Assistenzkraft ist ihre Zeit jedoch nicht teuer.

1.12.5 Debrunner, H. (1919): Lehrbuch für orthopädische Hilfsarbeiterinnen

Der Oberarzt Dr. med. Hans Debrunner leitete jahrelang die Kurse für „orthopädische Hilfsarbeiterinnen“ an der Berliner Universitätsklinik für Orthopädie unter Führung von Prof. Dr. H. Gocht. Sein „Lehrbuch für orthopädische Hilfsarbeiterinnen“ erschien 1932 in der 2. Auflage. Das Berufsbild der orthopädischen Hilfsarbeiterin deckt sich größtenteils mit dem der Heilgymnastin. Zusätzlich zu Gymnastik und Massage werden Elektrotherapie, Verbandstechnik, Gipsen und die Arbeit im Operationssaal gelehrt.

Immer wieder kommt Debrunner auf die nötigen Fähigkeiten sowie auf empfehlenswerte Verhaltensweisen in der Berufsausübung zu sprechen. Im Kapitel „Die Tätigkeit der Gehilfin bei der Behandlung“ appelliert er an das nötige „*pädagogische Talent*“. Er rät von „*ungeduldigem und nörgelndem Keifen*“ ab, empfiehlt hingegen „*ein sorgfältiges Abwägen von Lob und korrigierender Erklärung*“ bis hin zu „*strengem Tadel und ernstem Verweis*“. Durch die „*Sicherheit ihres Auftretens*“ verschafft sich die Heilgymnastin „*Autorität*“, ein „*ruhiges, aber bestimmtes Kommando*, nach dessen Rhythmus sich die Bewegungen zu

regeln haben“ ist ratsam. Für den Umgang mit schwierigen Patienten appelliert er an das nötige „*Taktgefühl*“ der Behandlerin. Es zeuge „von *schlechtem Geschmack*“, bei der Kontrolle der Übungsausführung „allzu viel von seinen Händen Gebrauch zu machen.“ „Ein Wort, ein *leiser Wink*, ein kaum fühlbares Betippen ersetzen die *rohe Form*.“ (Debrunner 1919, 186-187). Er hebt an anderer Stelle die Überlegenheit der manuellen Krankengymnastik gegenüber der Gymnastik an Apparaten hervor: „Trotz exaktester Dosierung werden sie [die Hebel- und Pendelapparate] nie die Leistung der *kundigen Hand* verdrängen, welche *sorgsam* und *mit feinem Gefühl* den Regungen des Patienten nachkommen kann.“ (Debrunner 1919, 190).

Die angehende Krankengymnastin wird vor der Gefahr gewarnt, die sich hinter „Rechtstiteln und öffentlichen Anerkennungen“ versteckt, gemeint ist hier der Status, Trägerin eines staatlich anerkannten Berufes zu sein. Er appelliert an die Bescheidenheit der Heilgymnastinnen und setzt Selbstsicherheit mit Überheblichkeit gleich:

Was Sie lernen werden, ist im Verhältnis zur Erfahrungssumme der Medizin bescheiden zu nennen. Es verlangt daher auch Ihre *Bescheidung* unter die Führung des kenntnisreicheren Arztes. Wenn ich Sie darauf aufmerksam mache, wie nahe oft Nutzen und Schaden in einer Maßnahme beisammen wohnen ... dann, meine Damen, werden Sie vor der Gefahr erschrecken, die in einer *überheblichen Selbstsicherheit* ruht. Das Gleichnis von den abgehauenen Händen, die kopflos und blind ihre Arbeit weiter verrichten, hat immer wieder seine Symbolkraft bestätigen dürfen. Ihre beschränkte Ausbildung verpflichtet Sie zur Beschränkung. In ihr mögen Sie den Meister zeigen! (Debrunner 1932, 2).

Debrunner führt in seinem Lehrbuch viele, drastische Beispiele von verletzter Aufsichtspflicht an, um die Weisungsgebundenheit der orthopädischen Hilfsarbeiterin hervorzuheben:

„Ihnen, meine Damen, kann es nicht obliegen, eigenmächtig Behandlung zu treiben. Sie sollen zu *ausführenden Organen* erzogen werden, die wohl imstande sind rückblickend den Gedankengang des Arztes zu verstehen. Sie dürfen ihm Auge sein bei der Kontrolle seiner Kranken. (Debrunner 1919, 178, Hervorhebungen von der Autorin).

Der Vergleich der ausgebildeten Krankengymnastin mit einem „Grundstock“, auf den der Arzt seine Absichten „aufpfropft“, wäre nicht vorstellbar im Bereich eines typischen Männerberufs.

Wer Ihrer [der Krankengymnastinnen] bedarf, muß einen Grundstock von Kenntnis und Erfahrung bei Ihnen voraussetzen, um seine Absichten darauf

pfropfen zu können. Was Ihnen hier geboten wird, ist gewissermaßen ein derartiger Grundstock. (Debrunner 1932, 1).

Im Kapitel „Die Tätigkeit der Gehilfin bei der Behandlung“ der 2. Auflage präsentiert Debrunner die typischen geschlechtsspezifischen Rollenzuweisungen der medizinischen Berufe. Der Arzt nimmt in seinen Dienst, die Krankengymnastin dient:

„So ergeben sich verschiedene Möglichkeiten, die der Arzt in seine Dienste nimmt und zur Ausführung teilweise Ihnen überträgt. Ihnen kommt es zu, Ihre Beobachtungen an die Autorität weiterzugeben und in jedem Fall, der den Ihnen vertrauten Rahmen verlässt, sofort seinen Rat zu holen und zu befolgen. Damit dienen Sie dem Kranken und sich selbst.“ (Debrunner 1932, 39).

Dass die Krankengymnastin damit in erster Linie dem Arzt dient, bleibt implizit.

1.12.6 Kirchberg F. (1926): Handbuch der Massage und Heilgymnastik

Der Arzt Dr. Franz Kirchberg war mehr als zwanzig Jahre Lektor für Massage und Heilgymnastik an der Universität Berlin und Dozent an der Deutschen Hochschule für Leibesübungen. Er richtet sich mit seinem „Handbuch der Massage und Heilgymnastik“ hauptsächlich an MasseurInnen und HeilgymnastInnen. Sein Buch soll als Hilfsmittel im Unterricht und als Nachschlagewerk dienen. Er legt die Notwendigkeit von gut ausgebildetem Gymnastik- und Massagepersonal dar, und charakterisiert dieses geschlechtsspezifisch, auf den ersten Blick in überraschender Weise: „ (...) jeder Arzt sollte über einen gut ausgebildeten Masseur und eine gebildete, intelligente Masseurin resp. Gymnastikerin verfügen.“ (Kirchberg 1926, 46). Intelligenz wird in den Geschlechtsrollen üblicherweise eher Männern als Frauen zugewiesen. Hier bezieht sich die Charakterisierung von Kirchberg wohl eher auf den schichtspezifischen Unterschied zwischen Masseuren, die meist aus der Arbeiterklasse kamen und Gymnastinnen, die typischerweise dem Bürgertum angehörten.

Im Kapitel „Der Arzt als Masseur und das nicht-ärztliche Massagehilfspersonal“ empfiehlt er jedem Arzt mit einem „tüchtigen Masseur und einer gebildeten Masseurin“ zusammenzuarbeiten (Kirchberg 1926, 189). Besonders von seiner Masseurin könne der Arzt viel über die Lebensgewohnheiten, Anschauung und schädlichen Einwirkungen im Privatleben seiner Patienten erfahren. „Einer gebildeten Masseurin gegenüber geben sich viele Damen viel offener als selbst dem jahrelang bei ihnen tätigen Hausarzt.“ (Kirchberg 1926, 189). Kirchberg bezieht sich hier auf Frauen als die kommunikativeren Menschen, was sich auch in der Zuweisung von Schwatzhaftigkeit als typisch weiblich widerspiegelt. Als

Arbeitskleidung bei der Massage empfiehlt Kirchberg für Männer ein weißes Jackett oder einen weißen Mantel, für Frauen eine weiße Schürze (Kirchberg 1926, 193).

1.12.7 Berufskundliche Blätter

Das Landesarbeitsamt Westfalen veröffentlichte 1929 ein acht Seiten umfassendes Berufsbild der „Kranken- und Heilgymnastin“. Nach einem Appell an die Eltern und jungen Frauen, die Berufswahl wohlbedacht zu treffen, werden die Ausbildungsvoraussetzungen genannt und eine Liste der Schulen in Deutschland sowie eine Darstellung der krankengymnastischen Arbeit und der Berufsaussichten gegeben. Der Schwerpunkt liegt bei den praktischen Informationen. Aussagen zur Berufsrolle werden nicht gemacht. Die Frage der Eignung wird bei den Ausbildungsbedingungen gestreift, denn hier wird die Notwendigkeit eines amtsärztlichen Gesundheitszeugnisses als Nachweis körperlicher und geistiger Tauglichkeit genannt. Geschlechtsspezifische Zuschreibungen finden sich nicht.

Die Schweizerische Zentralstelle für Frauenberufe publizierte 1928 ein Berufsbild der Heilgymnastin, das auf der Auswertung einer Befragung praktizierender Heilgymnastinnen beruhte. Auf vier Seiten werden Tätigkeit, Eignung, Vorbildung, Ausbildung, Arbeitsgelegenheit und Berufsaussichten, Lohnverhältnisse sowie Berufskrankheiten dargestellt. Unter Eignung werden neben „gesunder Konstitution und großer, körperlicher Beweglichkeit“ auch „Intelligenz, Charakter, Begabung und Verständnis für Naturwissenschaften“ genannt. „Beobachtungsgabe, geistige Beweglichkeit und rasche Auffassungsgabe“ seien ebenso wichtig wie „pädagogisches Talent, Einfühlungsvermögen, Selbstvertrauen und Energie“. Erwünscht seien „gute Umgangsformen, Sicherheit im Auftreten und, für eine eigene Praxis, gute gesellschaftliche Beziehungen“. (Schweizerische Zentralstelle für Frauenberufe 1928).

Hier werden die nötigen Fähigkeiten der Heilgymnastin in einer breiten Spanne charakterisiert, die von eher männlich zugewiesenen Eigenschaften wie Intelligenz, Charakter, Begabung für Naturwissenschaften, Selbstvertrauen und Energie bis hin zu häufiger weiblich zugeordneten wie Beweglichkeit, pädagogisches Talent und Einfühlungsvermögen reicht.

In dem Handbuch der Frauenbewegung „Die deutsche Frau im Beruf: Praktische Ratschläge zur Berufswahl“ (Levy-Rathenau 1915) ist ein Kapitel den Berufen im Gesundheitsdienst gewidmet. Neben Berufsbeschreibungen der Kranken- und Säuglingspflegerin finden Hebamme, Wochenpflegerin und Masseurin Erwähnung. Die Heilgymnastin ist nicht aufgeführt, gab es zu diesem Zeitpunkt doch erst eine staatlich anerkannte Ausbildungsmöglichkeit in Deutschland.

1.12.8 Zusammenfassung der verwendeten Begriffe

Neumann: Reize, Beweglichkeit, Geschicklichkeit, Kraft, Verstand, Phantasie, gute Schulbildung, Anatomie- und Physiologiekenntnisse, Wartung, Pflege

Ewer: gesunder Körper, Ausdauer

Lubinus: Mensch als Bewegungsgeber, tüchtig ausgebildete Heilgymnastinnen, unendliche Geduld fordernde und zeitraubende Behandlung

Debrunner: liebevoll, hingebend, pädagogisches Talent, ungeduldiges und nörgelndes keifen, sorgfältiges Abwägen, korrigierende Erklärung, strenger Tadel, ernster Verweis, Sicherheit des Auftretens, Autorität, ruhiges, bestimmtes Kommando, Taktgefühl, schlechter Geschmack, leiser Wink, kaum fühlbares Betippen, rohe Form, kundige Hand, sorgsam, feines Gefühl, Bescheidenheit, Beschränkung, überhebliche Selbstsicherheit, ausführende Organe, dienen

Kirchberg: gebildet, intelligent, kommunikativ (implizit)

Berufskundliche Blätter: gesunde Konstitution, große, körperliche Beweglichkeit, Intelligenz, Charakter, Begabung und Verständnis für Naturwissenschaften, Beobachtungsgabe, geistige Beweglichkeit, rasche Auffassungsgabe, pädagogisches Talent, Einfühlungsvermögen, Selbstvertrauen, Energie, gute Umgangsformen, Sicherheit im Auftreten, gute gesellschaftliche Beziehungen

1.13 Interpretation der Ergebnisse

Neumann verwendet bei der Beschreibung der Eigenschaften von HeilgymnastInnen neben eher männlich assoziierten Begriffen wie „Kraft“ und „Verstand“ auch häufiger weiblich assoziierte Termini wie „Beweglichkeit“, „Geschicklichkeit“ und „Phantasie“. Da Neumann die Heilgymnastik nicht als Frauenberuf ansah, und neben Männern auch Frauen ausbildete, ist es folgerichtig, dass er sich in der Darstellung des Berufes an beide Geschlechter wendet.

Ewers Begrifflichkeit zeigt keinerlei geschlechtsspezifischen Termini. Dies wird verständlich auf dem Hintergrund, dass die Massage nie ein typischer Frauen- oder Männerberuf war.

Lubinus, einer der wichtigsten Wegbereiter der Krankengymnastik in Deutschland, verwendet in seinem Lehrbuch nur einen Ausdruck, der so nicht auf Männer passt. Da er sich mit seinem Buch jedoch explizit an Ärzte wendet, und zudem diese davon überzeugen will, dass es besser sei, die Heilgymnastik von ausgebildeten Hilfskräften ausführen zu lassen, macht es Sinn, die Heilgymnastik als eine „unendliche Geduld fordernde und zeitraubende Behandlung“ darzustellen. In der Formulierung „zeitraubende Behandlung“ steckt implizit eine Höherbewertung der Arbeitszeit des (ärztlichen) Mannes gegenüber der Arbeitszeit der (heilgymnastisch tätigen) Frau.

Debrunner ist am ergiebigsten bei der Suche nach geschlechtsspezifischen Termini. Dem unerwünschten „ungeduldigen und nörgelnden Keifen“ der Heilgymnastin stellt er das „pädagogische Talent“ gegenüber. Er appelliert an liebevolles, hingebendes Dienen. Auch bei der Forderung nach „Bescheidung“ und „Beschränkung“ in Ablehnung „überheblicher Selbstsicherheit“ bezieht er sich auf den zeitgleichen weiblichen Geschlechtscharakter. Zudem fallen bei Debrunner schichtspezifische Begrifflichkeiten auf: Dem „schlechten Geschmack“ und der „rohen Form“ stellt er „Taktgefühl“ und „feines Gefühl“ gegenüber.

Kirchberg, der sich an MasseurInnen wendet, bezieht sich nur an einer Stelle auf geschlechtsspezifisch zugewiesene Eigenschaften. Er empfiehlt dem Arzt die Masseurin als Quelle, um Informationen über seine Patientinnen zu erlangen. Ansonsten spiegelt seine Begrifflichkeit schichtspezifische Zuweisungen wieder: Die Heilgymnastin ist „gebildet und intelligent“, der Masseur ist „tüchtig“.

Die berufskundlichen Blätter, die von der Heil-/Krankengymnastik explizit als Frauenberuf ausgehen, charakterisieren die nötigen Fähigkeiten in einer breiten Spanne, die von eher

männlich zugewiesenen Eigenschaften wie „Intelligenz, Charakter, Begabung für Naturwissenschaften, Selbstvertrauen und Energie“ bis hin zu häufiger weiblich zugeordneten wie „Beweglichkeit, pädagogisches Talent und Einfühlungsvermögen“ reicht. Dies ist sicherlich dem Einfluss der ersten Frauenbewegung zu verdanken und dem damit einhergehenden modernen, selbstbewussten Frauenbild der 1920er Jahre. In dieser Zeit findet eine Auflösung der strikten Geschlechterzuschreibungen des 19. Jahrhunderts statt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass im 19. Jahrhundert keine spezifische Verknüpfung zwischen heilgymnastischer Berufsrolle und weiblicher Geschlechterrolle zu finden ist. Dies ändert sich im 20. Jahrhundert. Je nach Quelle ist die Verknüpfung zwischen Berufsrolle und weiblicher Geschlechterrolle sehr stark oder die einseitige Zuweisung wird durch Einbeziehung von sowohl Männlichkeit als auch Weiblichkeit konstruierenden Begriffen durchbrochen.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Im vorhergehenden Kapitel wurde deutlich, was es heißt, wenn ein Beruf zu einem Frauenberuf wird. Statt berufliches Selbstbewusstsein zu fördern, wird die Wahrung der Grenzen der Kompetenz betont. Gleichzeitig wird jedoch implizit der Anspruch auf grenzenlose Einsatzbereitschaft der arbeitenden Frauen vermittelt. Umgekehrt wirkt sich der Assistenzcharakter der Gesundheitsfachberufe auf die Konstruktion der Geschlechtercharaktere aus. Frauen sind die *ausführenden Organe*, die *geduldig zuarbeiten*. Dabei sollen sie weder *nörgeln* noch *keifen*, sondern *liebevoll* und *hingebend dienen*. Männer sind diejenigen, die *umfassende Kenntnisse* besitzen, *Autorität* verkörpern und ihre *Absichten anderen aufpfropfen*. Der Mann ist derjenige, der *in seine Dienste nimmt*, bei dem man Rat einzuholen hat und der die Behandlung *seiner Kranken* und damit die Arbeit der anderen kontrolliert.

Die Bearbeitung der physiotherapeutischen Berufsentstehung hat gezeigt, dass die Zuweisung von Aufgabenbereichen, Zuständigkeiten und Grenzen sowie die Definitionsmacht der heilgymnastischen Berufsrolle bei den Ärzten lagen. Obwohl die Geschichtsforschung für die Zeit bis 1930 fast nur von ärztlicher Seite stattfand, ist erkennbar, dass Heilgymnastinnen die ärztlichen Reglementierungen nicht widerspruchslos hinnahmen. So schildert Lubinus: „Dann gründeten sehr gegen meinen Willen zwei junge Damen in Leipzig ein gymnastisches Institut und etwas später zwei andere in Halle und erregten damit Anstoß bei dortigen Spezialärzten für Orthopädie.“ (Lubinus, zitiert nach Grosch 1996, 235; vgl. 2.2.3).

Die Berufsgeschichte vor 1930 ist aus heilgymnastischer Perspektive bisher wenig erschlossen. Soweit historische Quellen von HeilgymnastInnen aus dieser Zeit existieren, sind sie in der Geschichtsdarstellung kaum miteinbezogen. Hier besteht ein großes Forschungsdefizit. Um die physiotherapeutische Perspektive einzubeziehen, ist es wichtig, historisches, physiotherapeutisches Material zu erschließen. Ein erster Ansatzpunkt könnten die frühen heilgymnastischen Schulen und Berufsverbände sein. Viele Fragestellungen bei der Erschließung historischer Quellen sind denkbar: Wie entwickelten Krankengymnastinnen ein berufliches Selbstverständnis? Wie sah der Berufsalltag aus?

Welche Unterrichtsinhalte wurden vermittelt, welche pädagogischen Konzepte gab es? Ein weiterer Ansatzpunkt, um die Erforschung der physiotherapeutischen Geschichte voranzubringen, wäre die Erarbeitung von Biographien wichtiger Krankengymnastinnen, die therapeutische Techniken entwickelt, Schulen geleitet, sich berufspolitisch engagiert oder an anderer Stelle das Gesicht der deutschen Krankengymnastik im 20. Jahrhundert geprägt haben.

Die empirische Untersuchung von Schämamm bei Studierenden der Physiotherapie (Schämamm 2005, vgl. 1.1) hat gezeigt, dass ein positives Selbstbild und eine stabile Identität als PhysiotherapeutInnen nicht ausreichend vorhanden sind. Meines Erachtens besteht ein Zusammenhang zwischen dem Mangel an beruflicher Identifikation und der Prägung der Physiotherapie als Frauenberuf. In einer geschlechtersensiblen Behandlung der Berufsgeschichte während der Ausbildung liegt die Möglichkeit, dem zu begegnen und so eine Basis für die Weiterentwicklung des Berufsstatus und der Physiotherapeutinnen zu mehr Selbstsicherheit und Handlungsautonomie zu schaffen.

Literaturverzeichnis

Beyerlein, Claus (2002): Geschichte der spinalen Manipulation von Hippokrates bis heute, In: Z.f. Physiotherapeuten 54, S.1780-1784

Bischoff-Wanner, Claudia (1997): Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, 3. Auflage, Frankfurt/M.: Campus Verlag

Dies. (1998): Die historisch-kritische Methode in der Geschichtsforschung der Krankenpflege dargestellt am Beispiel der Interpretation des Quellentextes „Die Frau als Krankenpflegerin“. in: Wittneben, Karin u.a. (Hrsg.): Forschungsansätze für das Berufsfeld Pflege: Beispiele aus Praxis, Management und Ausbildung, S. 280-298

Boehm, Georg (1951): Die Vorgeschichte. Gründung und Entwicklung der Münchner Staatlichen Schule für Krankengymnastik, In: Z. Krankengymnastik. 1 (3), S.6-8

Braun, Elvira 1: Angela Heller im Gespräch mit Elvira Braun (ohne Angabe von Erscheinungsjahr), Online im WWW unter URL: www.ptnet.de/dialog/archiv/a_ivw01.html [Accessed: 28.01.2008].

Braun, Elvira 2: Marianne Schweizer im Gespräch mit Elvira Braun (ohne Angabe von Erscheinungsjahr), Online im WWW unter URL: www.ptnet.de/dialog/archiv/a_ivw06.html [Accessed: 28.01.2008].

Braun, Elvira 3: Dorit von Aufschnaiter im Gespräch mit Elvira Braun (ohne Angabe von Erscheinungsjahr), Online im WWW unter URL: www.ptnet.de/dialog/archiv/a_ivw08.html [Accessed: 28.01.2008].

Brinkschulte Eva (2001): Patienten in Pose – Zu den Patientenbildern aus dem gymnastisch-orthopädischen Institut von Heimann Wolff Berend in Berlin 1840-1870. in: Rauschmann, Michael u.a. (Hrsg.; 2001): Geschichte konservativer Verfahren an den Bewegungsorganen, S. 17-29

Conze, Werner (Hrsg., 1976): Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas: Neue Forschungen, Stuttgart: Klett

Cotta, Horst; Heipertz, Wolfgang; Teirich-Leube, Hede (Hrsg.; 1978): Lehrbuch der Krankengymnastik, Bd.1, 4. Aufl., Stuttgart: Thieme

Debrunner, Hans (1919): Lehrbuch für orthopädische Hilfsarbeiterinnen: 23 Vorlesungen, Leipzig: Vogel

Debrunner, Hans (1932): Lehrbuch für orthopädische Hilfsarbeiterinnen: 13 Vorlesungen, 2. Auflage, Berlin: Vogel

- Ewer, Leopold (1892): *Cursus der Massage mit Einschluß der Heilgymnastik*, Berlin: Fischer
- Gernet, Rainer, Habrich, Christa (2000): *Unter Strom: Zur Geschichte der Elektrotherapie*, Ingolstadt: Deutsches Medizinhistorisches Museum
- Gieseke, Wiltrud (2001): *Zur Demokratisierung des Geschlechterverhältnisses*, in: Gieseke, Wiltrud: *Handbuch zur Frauenbildung*, S. 85-98
- Gieseke, Wiltrud (Hrsg., 2001): *Handbuch zur Frauenbildung*, Opladen: Leske+Budrich
- Grosch, Gerhard (1996): *Kurze Geschichte der Physiotherapie*. In: Hüter-Becker, A., W. Heipertz, H. Schewe: *Physiotherapie*, Bd. 3, Stuttgart: Georg Thieme
- Haarland, I. (2006): *Eine kurze Geschichte der Bewegungstherapie als Einzeltherapie*, In: B&G: *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 01
- Haeusermann, Ulrich (2001): *Verwehte Spuren im märkischen Sand: der Komponist F. A. Berwald (1796-1868) – ein vergessener Wegbereiter der krankengymnastischen und orthopädischen Therapie*. in: Rauschmann, Michael u.a. (Hrsg.; 2001): *Geschichte konservativer Verfahren an den Bewegungsorganen*. S. 3-15
- Harff, J. (1978): *Zur Geschichte der Krankengymnastik*. in: Cotta, Horst u.a. (Hrsg.): *Lehrbuch der Krankengymnastik*, Bd.1, 4. Aufl., Stuttgart: Thieme
- Hausen, Karin (1976): *Die Polarisierung der „Geschlechtscharaktere“ - Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben*, in: Conze, Werner (Hrsg.): *Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas: Neue Forschungen*, Stuttgart: Klett, S. 363-393
- Herz, Max (1903): *Lehrbuch der Heilgymnastik: in Vorlesungen*, Berlin, Wien: Urban&Schwarzenberg
- Hüter-Becker, Antje (1986): *Entwicklung und Bedeutung der krankengymnastischen Ausbildung*. in: ZVK (Hrsg.) *Jahrbuch Krankengymnastik 1986/1987*, Köln
- Dies (1990): *Wandel und Entwicklung krankengymnastischer Techniken und Indikationen in den letzten 25 Jahren*, In: *Z. Krankengymnastik*, 12(42), S.1354-1357
- Dies (1998): *Von der Heilgymnastik zur Physiotherapie - Meilensteine einer Entwicklung*, In: *Z. f. Physiotherapeuten*, 3(50), S.456-466
- Dies (1999): *50 Jahre Berufspolitik: 1949-1999*, In: *Z. f. Physiotherapeuten*, 10 (51), S.1679-1686
- Dies (1999): *Chronik des ZVK*. Hrsg. Deutscher Verband für Physiotherapie-Zentralverband der Physiotherapeuten/ Krankengymnasten (ZVK) e.V. Köln

- Dies (2001): Heilgymnastin: Ein Frauenberuf – feministisch interpretiert, In: Z. f. Physiotherapeuten 2 (53), S.272-278
- Dies (2004a): Geschichte der Physiotherapie. in: Hüter-Becker u.a. (Hrsg.): Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten. Stuttgart: Thieme, S. 5-32
- Dies (2004b): Das berufliche Selbstverständnis von Physiotherapeuten. in: Hüter-Becker u.a. (Hrsg.): Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten. Stuttgart: Thieme, S.33-46
- Hüter-Becker, A., W. Heipertz, H. Schewe (1996): Physiotherapie, Bd. 3, Stuttgart: Georg Thieme
- Hüter-Becker u.a. (Hrsg., 2004): Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten. Stuttgart: Thieme
- Jacobi, Juliane (1997): Zwischen Erwerbsfleiß und Bildungsreligion – Mädchenbildung in Deutschland. in: Fraisse, Genevieve; Perrot, Michelle (Hrsg.): Geschichte der Frauen, 19. Jahrhundert, Bd. 4, S. 267-281
- Kirchberg Franz (1926): Handbuch der Massage und Heilgymnastik, Bd.II: Massage und Gymnastik bei Erkrankungen der einzelnen Organsysteme, Leipzig: Thieme
- Kirchberger, Stefan (1986): Medizinisch-technische Assistenz in der Gesundheitsversorgung, Frankfurt/M.: Campus Verlag
- Kreck, Hans Christoph (1987): Die medico-mechanische Therapie Gustav Zanders in Deutschland – Ein Beitrag zur Geschichte der Krankengymnastik im Wilhelminischen Kaiserreich, Frankfurt a.M., Univ., Diss., 1987
- Kreck, Hans Christoph (1990): Die medico-mechanische Therapie Gustav Zanders in Deutschland – Ein Beitrag zur Geschichte der Krankengymnastik im Wilhelminischen Kaiserreich, in: Krankengymnastik 42, 1990, S.40-46, 164-173, 294-306, 441-444, 537-553, 685-693, 799-804
- Lagrange, Rose-Marie (1995): Eine Emanzipation unter Vormundschaft. Frauenbildung und Frauenarbeit im 20. Jahrhundert. in: Perrot, M.; Duby, G.: Geschichte der Frauen, 20.Jh., Bd.5
- Landesarbeitsamt Westfalen (1929-30): Kranken- und Heilgymnastin, In: Die berufskundlichen Schriften des Landesarbeitsamtes Westfalen, Nummer 37, Dortmund. Münster i.W.
- Levy-Rathenau, Josephine (1915): Die deutsche Frau im Beruf: Praktische Ratschläge zur Berufswahl, Handbuch der Frauenbewegung, Teil 5, H. Lange, G. Bäumer (Hrsg.), Berlin: Moeser
- Lubinus, Johann Hermann (1913): Die Heilgymnasten in Schweden und in Deutschland, In: Münch. med. Wschr. 60, S.1327

Ders. (1917): Lehrbuch der Medicinischen Gymnastik, Wiesbaden

Ders. (1933): Lehrbuch der Medicinischen Gymnastik, 2. Auflage, Wiesbaden

Neumann, Albert Konstantin (1852): Die Heilgymnastik oder die Kunst der Leibesübungen, angewandt zur Heilung von Krankheiten nach dem Systeme des Schweden Ling und seiner Schüler Branting, Georgii und de Ron, sowie nach eigenen Ansichten und Erfahrungen, Berlin

Neumann, Albert Konstantin (1856): Lehrbuch der Leibesübungen des Menschen in Bezug auf Heilorganik, Turnen und Diätetik, Bd.1: Allgemeine Bewegungs- und Körperstellungslehre, Berlin

Obschernitzki, Doris (1987): „Der Frau ihre Arbeit!“ Lette-Verein: Zur Geschichte einer Berliner Institution 1866 bis 1986, Berlin: Ed. Hentrich

Perrot, Michelle; Duby, G (Hrsg.; 1995): Geschichte der Frauen, 20. Jahrhundert., Bd. 5, Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Perrot, Michelle; Fraisse, Genevieve (Hrsg.; 1997): Geschichte der Frauen, 19. Jahrhundert, Bd. 4, Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Ramsperger, Angelika (2003): Die Krankengymnastin im Spagat zwischen Berufung, Beruf und Dienstleistung, In: Z.f. Physiotherapeuten 55, S. 630-636, 802-810, 982-989, 1174-1176

Rauschmann, Michael; Thomann, KD; Zichner L. (Hrsg.) (2001): Geschichte konservativer Verfahren an den Bewegungsorganen, Darmstadt: Steinkopff (Jahrbuch / Deutsches Orthopädisches Geschichts- und Forschungsmuseum; Bd.3)

Rieder, Kerstin (1999): Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst: Belastungen in der Krankenpflege, Weinheim, München: Juventa

Schämann, Astrid (2005): Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie: „Der studentische Blick auf die Profession“, Berlin, Humboldt-Universität, Diss., <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/schaemann-astrid-2005-07-06/HTML/front.html> [Accessed: 28.01.2008].

Schweizerische Zentralstelle für Frauenberufe Zürich (1928): Berufsbilder: Die Heilgymnastin; in: Welti, SR (1997): Massage und Heilgymnastik in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts: Zur Professionalisierung der Physiotherapie, S. 99-102

Steppe, Hilde (1995a): „...denn nur die Frau ist die geborene Krankenpflegerin...“ Zur Entstehung des Frauenberufs Krankenpflege im 19. Jahrhundert. in: Ulmer, Eva Maria (Hrsg.): Die Vielfalt sehen statt das Chaos zu befürchten, S. 127-136

Steppe, Hilde (1995b): Die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland von der Mitte des 19. bis zu Anfang des 20. Jahrhunderts. in: Ulmer, Eva Maria (Hrsg.): Die Vielfalt sehen statt das Chaos zu befürchten, S. 137-146

Ulmer, Eva Maria (Hrsg.; 1995): Die Vielfalt sehen statt das Chaos zu befürchten, Bern, Göttingen: Huber

Weiss, HR. (2001): Entstehung und Entwicklung der dreidimensionalen Skoliosebehandlung nach Katharina Schroth. in: Rauschmann, Michael u.a. (Hrsg.): Geschichte konservativer Verfahren an den Bewegungsorganen, S. 41-55

Welti, Sabine Ruth (1997): Massage und Heilgymnastik in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts: Zur Professionalisierung der Physiotherapie. Hrsg. von der Abteilung Berufsbildung des Schweizerischen Roten Kreuzes Wabern und dem Schweizerischen Physiotherapeuten-Verband. Hefte Bereich Berufsbildung 9

Wetterer, Angelika (2002): Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion: „Gender at work“ in theoretischer und historischer Perspektive, Konstanz: UVK

Wilda-Kiesel, Anita (2003): Die Geschichte der Konzentrativen Entspannung, In: Z.f. Physiotherapeuten 55, S.426-430

Wittneben, Karin; Arndt, Maria Benedicta (1998): Forschungsansätze für das Berufsfeld Pflege: Beispiele aus Praxis, Management und Ausbildung, Stuttgart, New York: Thieme

Zedler, JH. (1735): Großes vollständiges Universal-Lexikon, Bd. 9, Halle/Leipzig, Sp. 1767, 1782